

ふりがな	ご回答者様のご署名をお願いいたします		
お名前		お役職	
電話番号	()	FAX 番号	()
電子メールアドレス	@		

《訂正箇所のみ赤ペンで記入し、変更のない箇所には記入しないでください》

記号のないもの：冊子・ホームページに公開 △：ホームページに公開 ■非公開				
1. (ふりがな)				
2. 貴施設名				
3. 所在地		*ビル名、号室等まで正確にご記入を。		
4. 電話番号		5. FAX 番号		
△ 6. ホームページ URL				
7. 診療科目 対応するすべての診療科目に○を記入してください。記載のない診療科目がある場合は、「その他の診療科目」に記入してください。何か特記事項がある場合は「備考」欄へご記入ください。				
歯科	矯正歯科	小児歯科	歯科口腔外科、 口腔外科歯科	小児矯正歯科
その他の診療科目		備考		
8. 受付時間【訂正がある場合は表内に 24 時間表記にてご記入ください】 受付時間・診療時間に関する注意事項がある場合は「特記事項」にご記入ください。				
月	午前	～	午後	～
火	午前	～	午後	～
水	午前	～	午後	～
木	午前	～	午後	～
金	午前	～	午後	～
土	午前	～	午後	～
日	午前	～	午後	～
祝	午前	～	午後	～
特記事項	例) 但し、第二木曜は 14:00～16:00 のみ			
9. 診療の予約方法と体制 【対応するもの：●】 対応するものに○を記入してください。「その他」の場合は該当の方法をご記入ください。				
体制	完全予約制 ・ 一部予約制			
方法	電話		ホームページ	
	その他			

10. 来院者への対応について 【対応あり・可能：●】【対応なし・不可：-】、対応するものに○を記入してください。			
専用駐車場		専用駐車場台数	台分
近隣コインパーキング		車いすでの移動	
11. 摂食嚥下機能対応について 【実施している：●】【実施していない：-】、対応するものに○を記入してください。			
摂食嚥下評価		摂食嚥下評価を実施している場合 VEでの評価実施の有無	
12. 障害児対応について 【対応している：●】【対応していない：-】【応相談】 対応のあるものに○または応相談とご記入ください。			
小児		重度心身障害	
■13. 北区の実施する事業の認知度について 【ご存じのもの：●】修正がある場合は欄内に○をご記入ください。			
介護医療連携シート		顔の見える連携会議	
在宅療養相談窓口		在宅療養協力支援 病床確保事業	
多職種連携研修会			
14. 在宅療養対応について 【実施しているもの：●】、実施しているものに○を記入してください。 いずれも実施していない場合、調査はここまでとなります。			
訪問診療を実施している		往診を実施している	
いずれも実施していない		→ご協力ありがとうございます。	
<p>本調査は地域医療の連携を推進するためのものですので、ぜひ公開していただくようお願いします。</p> <p>公開についてご同意いただけない場合は下記 □ にチェックをお願いいたします。</p> <p>本調査の回答結果について</p> <p><input type="checkbox"/> 事業者用の冊子公開について同意しません。</p> <p><input type="checkbox"/> ホームページ（情報検索システム）の公開について同意しません。</p> <p>訪問診療・往診を実施していない場合、調査は以上で終了です。ご協力ありがとうございました。</p> <p>（株）東京法規出版 ICT 事業企画室</p> <p>FAX 番号 03-5977-0311 e-mail : kaigoweb@tkhs.co.jp</p>			

17. 訪問対応可能範囲について参考地図



15. 訪問対応可能な時間帯について【訂正がある場合は表内に 24 時間表記にてご記入ください】

注意事項がある場合は「応相談」枠内にご記入ください。

月	～	金	～
火	～	土	～
水	～	日	～
木	～	祝	～
応相談			

16. 在宅療養対応・対応可能な治療処置項目について 【届出・実施・在籍しているもの：●】

あてはまるものに○を記入してください。◆印は今回新設の項目です。

在宅療養支援歯科診療所（歯援診）の届出		居宅療養管理指導	
かかりつけ歯科機能強化診療所（か強診）の届出		訪問栄養指導◆	
		訪問歯科衛生士の在籍	

17. 訪問対応可能範囲について

【対応している：●】、対応するすべてのものに○を記入してください。

参考地図は 1 つ前のページ内にご覧いただけます。

①	浮間地区	浮間 1～5 丁目	
②	赤羽西地区	赤羽北 1～3 丁目、桐ヶ丘 1～2 丁目、赤羽台 1～4 丁目、赤羽西 1～6 丁目、西が丘 1～3 丁目、上十条 5 丁目、十条仲原 3～4 丁目、中十条 4 丁目	
③	赤羽東地区	赤羽 1～3 丁目、岩淵町、志茂 1～5 丁目、赤羽南 1～2 丁目、神谷 2～3 丁目、東十条 5～6 丁目	
④	王子西地区	上十条 1～4 丁目、十条仲原 1～2 丁目、中十条 1～3 丁目、岸町 1～2 丁目、十条台 1～2 丁目、王子本町 1～3 丁目、滝野川 4 丁目	
⑤	王子東地区	東十条 1～4 丁目、神谷 1 丁目、王子 1～6 丁目、豊島 1～8 丁目、堀船 1～4 丁目	
⑥	滝野川西地区	滝野川 1～3 丁目、滝野川 5～7 丁目、西ヶ原 1～4 丁目、上中里 1 丁目、中里 1～3 丁目、田端 1～6 丁目	
⑦	滝野川東地区	栄町、上中里 2～3 丁目、昭和町 1～3 丁目、東田端 1～2 丁目、田端新町 1～3 丁目	
⑧	北区全エリア		
⑨	その他	応相談・条件等 診療所近く	※変更がある場合はご記入ください

本調査は地域医療の連携を推進するためのものですので、ぜひ公開していただくようお願いします。

公開についてご同意いただけない場合は下記 にチェックをお願いいたします。

本調査の回答結果について

- 事業者用の冊子公開について同意しません。
- ホームページ（情報検索システム）の公開について同意しません。

ご協力ありがとうございました。

（株）東京法規出版 ICT 事業企画室

FAX 番号 03-5977-0311 e-mail : kaigoweb@tkhs.co.jp