

登録調査票の(新規・変更) 届出書

【 同意確認 】

当施設は、下記の登録調査票を南部地区医師会が発刊する「地域の医療・介護資源リスト」及び「資源マップ」に掲載し、
情報公開することに同意します。

同意日時：令和 年 年 月 日

医療機関名

㊟ 記入者名

(部署・役職)

在宅訪問歯科診療所 登録調査票

令和元年 月現在

基本情報	診療所名			院長名					
	住所	〒							
	電話番号			FAX番号					
	メールアドレス			ホームページ					
	診療科目	<input type="checkbox"/> 一般歯科 <input type="checkbox"/> 矯正歯科 <input type="checkbox"/> 小児歯科 <input type="checkbox"/> 歯科口腔外科 <input type="checkbox"/> 障害者歯科 <input type="checkbox"/> ()							
	在宅医療の取り組み	<input checked="" type="checkbox"/> 在宅療養支援歯科診療所の届出 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 歯科訪問診療 <input type="checkbox"/> 定期的に訪問 <input type="checkbox"/> していない <input checked="" type="checkbox"/> かかりつけ患者臨時往診 <input type="checkbox"/> 対応している <input type="checkbox"/> していない <input checked="" type="checkbox"/> 今後、歯科訪問診療を行う予定 <input type="checkbox"/> 訪問診療を継続 <input type="checkbox"/> 新規で検討中 <input type="checkbox"/> なし							
訪問診療地域	<input type="checkbox"/> 糸満市 <input type="checkbox"/> 豊見城市 <input type="checkbox"/> 南風原町 <input type="checkbox"/> 与那原町 <input type="checkbox"/> 八重瀬町(<input type="checkbox"/> 具志頭 <input type="checkbox"/> 東風平) <input type="checkbox"/> 南城市(<input type="checkbox"/> 知念 <input type="checkbox"/> 玉城 <input type="checkbox"/> 大里 <input type="checkbox"/> 佐敷) <input type="checkbox"/> 当院を中心とする半径16km圏域(保険適用範囲) <input type="checkbox"/> その他()								
訪問診療・往診対応可能(曜日・時間)		月	火	水	木	金	土	日	祝・祭日
	AM								
	PM								
休診日									
在宅歯科訪問診療で可能な医療行為(複数回答)	虫歯・歯周病治療	<input type="checkbox"/> 行っている		<input type="checkbox"/> 行っていない		<input type="checkbox"/> 今後行う予定			
	入れ歯の修理・作製	<input type="checkbox"/> 行っている		<input type="checkbox"/> 行っていない		<input type="checkbox"/> 今後行う予定			
	摂食嚥下・リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 行っている		<input type="checkbox"/> 行っていない		<input type="checkbox"/> 今後行う予定			
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 行っている		<input type="checkbox"/> 行っていない		<input type="checkbox"/> 今後行う予定			
	その他()								
介護支援者の医師への面談方法(優先順位記入)	直接面接	電話連絡	往診時	外来時	FAX連絡	メール連絡	その他()		
バリアフリーな環境	車イス利用の方	<input type="checkbox"/> 対応可	<input type="checkbox"/> 困難	その他()					
他職種の方々への要望(連絡時の注意事項を含む)									
備考									

※ご回答いただきました登録調査票は、下記の南部地区医師会あてへFAXにてご送信くださいますようお願いいたします。

FAX 098-835-7033