

歯科医院における高次医療機関に関するアンケート調査

- 1) 医療機関名
- 2) 住所
- 3) 交通機関（最寄り駅等できるだけ詳しくお願いします）
- 4) 診療日 月 火 水 木 金 土 日
- 5) 初診受付時間 時～ 時（決められた時間の場合はお書き下さい）
- 6) 診療時間 時～ 時
- 7) 休診日の緊急体制 有 無
（特別な電話番号がある場合はお書き下さい - - ）
- 8) 夜間の緊急体制 有 無
（特別な電話番号がある場合はお書き下さい - - ）
- 9) 初診時紹介状 要 不要
- 1 1) 貴医療機関に紹介する場合の専用の紹介状 有 無
ある場合は送っていただけるか 可 不可
- 1 2) 入院施設 有 無 （専用ベット数 床）
- 1 3) 全身麻酔の対応 可 不可
- 1 4) 担当医の指名 可 不可
- 1 5) 病診連携 可 不可

16) 依頼可能疾患

(記号に○をお付け下さい。下記にないものはその他の欄をお願いします)

- A 一般的な小口腔外科 (埋伏抜歯、根端切除等)
- B 上顎洞炎
- C 癌
- D インプラント
- E 顎関節症
- F 外科矯正
- G 口腔粘膜疾患 (金属アレルギー、舌痛症、白板症、エプーリス等)
- H 消炎処置 (インプラント周囲炎、外歯瘻等)
- I 救急処置 (神経麻痺、関節脱臼、歯牙の迷入、抜歯後感染等)
- J 心療歯科
- K その他 ()

17) 障害者歯科 可 不可

18) 有病者歯科 可 不可

19) 併設他科 有 無

20) 常勤医師数 人 非常勤医師数 人

21) 常勤認定・専門医数

- { 学会認定・専門医 (いずれかに○) 人}
- { 学会認定・専門医 (いずれかに○) 人}
- { 学会認定・専門医 (いずれかに○) 人}

23) 関連医療機関 (大学病院他) 有 無

有る場合はその機関名をご記入下さい (複数回答可)

24) メール等にて症例の相談の受付 可 不可

(可能な場合のメールアドレス @)

2 3) 貴医療機関に患者を紹介する場合の一般開業医が注意すべき点

2 4) 貴医療機関の特徴と一般開業医との連携におけるご意見