**返答先　尾崎歯科医院（ＦＡＸ　053‐577‐1028）**

**２０２１年公開用在宅医療対応情報アンケート調査のお願い　　　　　１枚目／２枚**

**湖西市在宅医療・介護連携推進事業として湖西市内の歯科医院にお聞きします。**

**ご多忙中とは存じますが、下記アンケートにご回答頂き尾崎歯科医院上記FAXにて**１０月２6日（月）までに**ご返答ください。何卒よろしくご協力をお願い申し上げます。**

**＜＜　在宅医療　データベース　アンケート（歯）　＞＞**

※アンケートを湖西市作成の冊子・ホームページに記載しても良いですか？　　**□　可　□　否**

※2020年3月公開データから変更はありますか？　**□　変更あり　　□　変更なし**

変更がない場合でも、（記入必須）の医療機関名、診療科目、実績数の記入をお願いします。また、コメント欄もご活用ください。（レイアウト変更しています）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 歯科医院名**（記入必須）** |  | |
| 電話番号 |  | □公開可　□公開しない |
| FAX番号 |  | □公開可　□公開しない |
| メールアドレス |  | □公開可　□公開しない |
| 診療科目　**（記入必須）** | □歯科　□小児歯科　□矯正歯科  □歯科口腔外科 |  |
| 休診日　　**（記入必須）**  **※夏季休暇・年末年始は除く** | □月　□月の午後　□水　□水の午後　□木　□木の午後  □土　□土の午後　□日　□祝日　□その他（　　　　　　　　） | |

＜非公開実績調査＞

歯科医院ごとの実績数は公開せず、湖西の実績として集計値のみ経年的に現状分析で使用します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **前年度　訪問歯科診療実績（記入必須）** | 実件数  　　　　　　　　　　件 | 延訪問回数  　　　　　　　　　件 |

コメント欄（2ページ目のチェック項目の内、条件付き（可）の内容や貴院の特徴、アピール等）

|  |
| --- |
|  |

次のページへ

各項目についてチェックをお願いします。　　　　　　　　　　　２枚目／２枚

|  |  |
| --- | --- |
| 訪問診療の実施（技師・作成調整等） | □　可　　□　可（条件付き）　　□　不可 |
| 上記訪問診療（可）の場合　訪問できる地域 |  |
| 認知症患者への治療（訪問診療） | □　可　　□　可（条件付き）　　□　不可 |
| 認知症患者への治療（外来） | □　可　　□　可（条件付き）　　□　不可 |
| 車いすでの受診 | □　可　　□　可（条件付き）　　□　不可 |
| 歯科衛生士による訪問口腔ケア指導 | □　可　　□　可（条件付き）　　□　不可 |
| ※　退院時カンファレンスへの参加 | □　可　　□　可（条件付き）　　□　不可 |
| ※　地域ケア会議への参加 | □　可　　□　可（条件付き）　　□　不可 |
| ※　サービス担当者会議への参加 | □　可　　□　可（条件付き）　　□　不可 |
| 上記※印　会議等不参加時の情報提供書提出 | □　可　　□　可（条件付き）　　□　不可 |

|  |  |
| --- | --- |
| 多職種関係者訪問の際　よい時間帯 |  |
| 多職種連絡時の希望方法 | □　電話　□シズケア　□ＦＡＸ  □　他（　　　　　　　　　　　　） |
| 上記項目にて、電話の場合のよい時間帯 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 問合せ窓口者  （不明な点等確認させて頂きます） |  |

問い合わせ先

　湖西市長寿介護課在宅医療・介護連携推進事業担当　吉野沙織　☎５７６－１２１２

連携支援センター〝縁“　相談員　　白井まり子☎５７６‐４９００

※このアンケートは湖西市在宅医療・介護連携推進協議会にて企画し実施しています。

お忙しい中、ご協力ありがとうございました。