(13) 技工物作成の委託の状況　各項目について、あてはまるものひとつに○

	全部委託	一部委託	委託していない
国内で作成	1	2	3
国外で作成	1	2	3

(14) 受動喫煙防止対策の状況　いずれかひとつに○

1　敷地内を全面禁煙としている
2　施設内を全面禁煙としている
3　喫煙場所を設置し、非喫煙場所に煙が流れ出ないよう措置している
4　その他(1～3以外の措置を講じている)
5　何ら措置を講じていない

(15) インターネット処理用コンピューターの導入状況

1　導入している			
2　今後導入する予定がある	→	導入予定時期	1　平成26年度 2　平成27年度 3　平成28年度 4　平成29年度以降
3　導入する予定なし			

(16) 診療録電子化に関するアンケートの回答

1　電子化している			
2　今後電子化する予定がある	→	電子化予定時期	1　平成26年度 2　平成27年度 3　平成28年度 4　平成29年度以降
3　電子化する予定なし			

(17) 医療安全体制　各項目について、あてはまるものひとつに○

	責任者			
	歯科医師	歯科衛生士	その他	配置していない
医療安全体制(全般)	1	2	3	4
院内感染防止対策	1	2	3	4
医療機器安全管理	1	2	3	
医薬品安全管理	1	2	3	

(18) 歯科設備　保有しているものすべてに○

1　歯科診療台　（　　台）
2　デンタルX線装置(アナログ)
3　デンタルX線装置(デジタル)
4　パノラマX線装置(アナログ)
5　パノラマX線装置(デジタル)
6　ポータブル歯科ユニット
7　オートクレーブ
8　吸入鎮静装置

(19) 歯科技工室　いずれかに○

1　有
2　無

(20) インプラント手術の実施状況　いずれかに○

実施の有無に○をつけ、9月中の実施件数を記入してください。
9月中の実施件数がない場合は0件と記入してください。

1　実施している → 9月中の実施件数（　　件）
2　実施していない

(21) 歯科用アマルガムの保有状況　いずれかに○

保有の有無に○をつけ、9月中の使用件数を記入してください。
9月中の使用件数がない場合は0件と記入してください。

1　保有している → 9月中の使用件数（　　件）
2　保有していない

(22) 在宅医療サービスの実施状況

訪問診療(居宅)	1	件
訪問診療(施設)	2	件
訪問歯科衛生指導	3	件
居宅療養管理指導(歯科医師による)	4	件
居宅療養管理指導(歯科衛生士等による)	5	件
介護予防居宅療養管理指導(歯科医師による)	6	件
介護予防居宅療養管理指導(歯科衛生士等による)	7	件
その他の在宅医療サービス	8	件

(23) 従事者数　10月1日現在の数を記入してください。

職種		常勤 「常勤」従事者の人数	非常勤(常勤換算) 「非常勤」従事者の常勤換算した人数 (小数点第2位四捨五入) 「0.1」「1.0」等、「0」を省略せずに記入してください。 ↓小数点
01	歯科医師	人	人
02	医師	人	人
03	歯科衛生士	人	人
04	歯科技工士	人	人

職種		常勤 「常勤」従事者の人数	非常勤(常勤換算) 「常勤」「非常勤」従事者の常勤換算した人数 (小数点第3位四捨五入) 「0.1」「1.0」等、「0」を省略せずに記入してください。 ↓小数点
05	薬剤師		人
06	看護師	人	人
07	准看護師	人	人
08	歯科業務補助者		人
09	事務職員		人
10	その他の職員		人

調査方法について

当調査は、政府統計共同利用システムを用いたオンライン調査の導入を検討しております。

(1)　貴施設には、インターネットを使用できるパソコンはありますか。
1　有
2　無

(2)　次のうち、どちらの調査方法を希望しますか。　いずれかに○
1　政府統計共同利用システムを用いたオンライン調査
2　紙の調査票による調査
→（理由：　　）

記入者

（所　属）

（氏　名）

備　考

ご協力ありがとうございました