（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）診療録電子化（電子カルテ）の状況

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
3　電子化する予定なし

電子化予定時期
1　平成29年度
2　平成30年度
3　平成31年度
4　平成32年度以降

（16）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	

（17）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　吸入鎮静装置

診療用器具の滅菌に使用する機器
8　オートクレーブ
9　オートクレーブ以外

（18）歯科技工室　いずれかに○

1　有
2　無

（19）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

（20）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

（21）在宅医療サービスの実施状況

		9月中の実施件数
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

（22）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（小数点以下第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		実人員 「常勤」・「非常勤」従事者の人数	常勤換算 「常勤」と「非常勤」従事者の常勤換算した人数（小数点以下第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
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

記　入　者

（所　属）

（氏　名）

備　　考

ご協力ありがとうございました