

在宅歯科医療連携室協力歯科医登録アンケート(年度 4 月)

医院名 _____

Q1. 在宅歯科診療連携室の協力歯科医をお願いできますでしょうか。

- A: 基本的に紹介してもらってよい。
 B: かかりつけ患者なら紹介してもらってもよい。
 C: 協力歯科医を辞退する。

Q2. Q1 で A、B と回答された先生にお伺いします。

Q2-1 希望する診療日があればお教えてください。(○、×、具体的な時刻など)

	午 前	昼 休 み	午 後
月			
火			
水			
木			
金			
土			
日			

Q2-2 担当していただける(希望する)治療内容をお教えてください。

- 1) 歯の治療
 A: 充填
 B: 歯冠修復
 C: 根管治療
- 2) 歯周治療
- 3) 義歯
 A: 調整のみ
 B: 修理、新製も行う
- 4) 抜歯等外科手術
- 5) 口腔ケア
- 6) 摂食嚥下機能訓練

※恐れ入りますがご希望を記入の上、4 月中に連携室事務局まで FAX をお願い致します。

(宝田 FAX 47-3600)