

# 医療的ケア児かかりつけ医等登録シート（歯科）

別紙2

基本情報	医療機関名					TEL			
	住所					FAX			
						E-Mail			
						希望する連絡手段	<input type="checkbox"/> TEL	<input type="checkbox"/> FAX	<input type="checkbox"/> E-Mail
(ふりがな) 院長・ 担当医師名					(ふりがな) 連絡窓口担当者・役 職 (医師の代理)				
標榜科	<input type="checkbox"/> 歯科	<input type="checkbox"/> 小児歯科	<input type="checkbox"/> 矯正歯科	<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科					
対応可能な年齢	<input type="checkbox"/> 乳児	<input type="checkbox"/> 幼児	<input type="checkbox"/> 小学生	<input type="checkbox"/> 中学生	<input type="checkbox"/> 高校生以上				

## 医療的ケア児の在宅医療に関する際の条件

\* 該当する項目に☑してください。

訪問歯科診療	訪問対応の可否	<input type="checkbox"/> 対応可能	<input type="checkbox"/> 場合によっては可能（要相談）	<input type="checkbox"/> 対応不可					
	一般歯科診療	<input type="checkbox"/> 対応可能	<input type="checkbox"/> 場合によっては可能（要相談）	<input type="checkbox"/> 対応不可					
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 対応可能	<input type="checkbox"/> 場合によっては可能（要相談）	<input type="checkbox"/> 対応不可					
	摂食嚥下障害がいへの対応	<input type="checkbox"/> 対応可能	<input type="checkbox"/> 場合によっては可能（要相談）	<input type="checkbox"/> 対応不可					
	→ <input type="checkbox"/> 摂食嚥下機能評価 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下リハビリ <input type="checkbox"/> その他 ( )								
	診療曜日時間帯	月	火	水	木	金	土	日	診療時間
		<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午前	午前 :
		.	.	.	.	.	.	.	午後 :
		<input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> 午後	
	その他条件等								
外来歯科診療	外来受診した場合の対応	<input type="checkbox"/> 対応可能	<input type="checkbox"/> 場合によっては可能（要相談）	<input type="checkbox"/> 対応不可					
	一般歯科診療	<input type="checkbox"/> 対応可能	<input type="checkbox"/> 場合によっては可能（要相談）	<input type="checkbox"/> 対応不可					
	口腔ケア（歯磨き指導）	<input type="checkbox"/> 対応可能	<input type="checkbox"/> 場合によっては可能（要相談）	<input type="checkbox"/> 対応不可					
	予防重視で定期的に診る	<input type="checkbox"/> 対応可能	<input type="checkbox"/> 場合によっては可能（要相談）	<input type="checkbox"/> 対応不可					
	摂食嚥下障害がいへの対応	<input type="checkbox"/> 対応可能	<input type="checkbox"/> 場合によっては可能（要相談）	<input type="checkbox"/> 対応不可					
	→ <input type="checkbox"/> 摂食嚥下機能評価 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下リハビリ <input type="checkbox"/> その他 ( )								
	診療曜日時間帯	月	火	水	木	金	土	日	診療時間
		<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午前	午前 :
		.	.	.	.	.	.	.	午後 :
		<input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> 午後	
予約の要否	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 完全予約制	<input type="checkbox"/> その他 ( )						
駐車場の有無	<input type="checkbox"/> あり	車椅子・バギーの可否	<input type="checkbox"/> 可						
	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 不可						

\*登録していただいた内容を「医療的ケア児かかりつけ医協力医療機関一覧」に掲載し福山市ホームページ上で公開します。

← 公開を希望されない場合は、こちらに☑してください。

### 【研修参加への意向】

医療的ケア児かかりつけ医登録制度をすすめていくにあたり、医療的ケア児在宅医療に関する研修を計画しています。研修への参加の有無をお聞かせください。また、学びたい内容があればご記入ください。

研修への参加意向	<input type="checkbox"/> 参加したい	<input type="checkbox"/> 内容によっては参加したい	<input type="checkbox"/> 参加したくない（参加する必要がない）
学びたい内容があればご記入ください。			