

歯周病と糖尿病との医科歯科連携に関する調査票



歯周病と糖尿病との医科歯科連携に関する調査

貴歯科診療所	診療所名	_____
貴歯科診療所	郵便番号	_____ ー
貴歯科診療所	住 所	_____ _____
御回答者氏名		_____
御連絡先	電話番号	_____ () ー
	ファックス	_____ () ー

*御回答内容についての問い合わせのため、御記入いただいた方に連絡させていただく場合があります。

調査票記入上の注意

- ・この調査は、糖尿病の合併症管理としての歯周病治療を実施している歯科診療所を把握するための調査です。
- ・調査対象は、名古屋市、中核市を含む愛知県内全歯科診療所です。（うち一般社団法人愛知県歯科医師会会員については昨年度（平成24年度）に同様な調査を実施しており、今回の調査は実施しません。）
- ・平成24年11月18日の時点で回答してください。（連携の実績については、平成23年度および平成24年度の1年間で回答してください。）
- ・この調査は、本目的以外に使用いたしません。

医療機能	解答欄(数字にマル)	
(1) 歯周基本検査を行なっていますか。	01 (はい)	02 (いいえ)
(2) 歯周精密検査を行なっていますか。	01 (はい)	02 (いいえ)
(3) 歯周基本治療を行なっていますか。	01 (はい)	02 (いいえ)
(4) 歯周外科治療を行なっていますか。	01 (はい)	02 (いいえ)
(5) 歯周病治療時に関するレントゲン撮影について		
① デンタル撮影を行っている	01 (はい)	02 (いいえ)
② パノラマ撮影を行っている	01 (はい)	02 (いいえ)
(6) 糖尿病患者の歯科治療に際して、かかりつけ医療機関又は専門医療機関との医療連携ツールについて(平成 23 年度、24 年度の実績をお書きください。)		
	H23 年 4 月 1 日から H24 年 3 月 31 日までの 期間	H24 年 4 月 1 日から H25 年 3 月 31 日までの 期間
① 診療情報提供書	_____ 件	_____ 件
② 糖尿病連携手帳	_____ 件	_____ 件
③ その他()	_____ 件	_____ 件
(7) 糖尿病患者の歯科治療時の偶発症(脳血管障害、虚血性心疾患、低血糖昏睡、糖尿病昏睡等)の研修会を受講しましたか。	01 (はい)	02 (いいえ)
(8) 偶発症や緊急時の対応として酸素吸入、救急薬品、血圧計などが常備されていますか。	01 (はい)	02 (いいえ)
(9) 問診時に糖尿病に関する病歴や数値情報(HbA1c や血糖値等)を聞いていますか。	01 (はい)	02 (いいえ)
(10) 偶発症に関する院内研修を実施していますか。	01 (はい)	02 (いいえ)
(11) 糖尿病患者の歯科治療に対して、血糖値コントロールに有効な歯周病治療と計画的管理の実施が可能ですか。	01 (はい)	02 (いいえ)
(12) 糖尿病患者の歯科治療時の偶発症に対応できるよう、医療機関(かかりつけ医療機関、専門医療機関又は急性合併症治療実施医療機関)との連携体制が確保できていますか。	01 (はい)	02 (いいえ)

医療機能	解答欄(数字にマル)	
(13)糖尿病患者の歯科治療において ①歯科医師による視覚媒体などを使った歯科保健指導の実施	01 (はい)	02 (いいえ)
②歯科衛生士による視覚媒体などを使った歯科保健指導の実施	01 (はい)	02 (いいえ)
(14)歯周病の定期的管理を実施していますか。	01 (はい)	02 (いいえ)
(15)スタッフ数について ①歯科医師数 ア. 常勤 イ. パート	_____人 _____人	
②歯科衛生士数 ア. 常勤 イ. パート	_____人 _____人	
(16)歯周病と糖尿病医療連携のために、愛知県が本アンケートの回答をもとに、貴院の情報を公表する事を承諾しますか。	01 (はい)	02 (いいえ)

■糖尿病に関する医療連携を実施した総件数

平成 23 年度(H23 年 4 月 1 日から H24 年 3 月 31 日までの期間) _____ 件

平成 24 年度(H24 年 4 月 1 日から H25 年 3 月 31 日までの期間) _____ 件

■糖尿病の医療連携に際して、何か困った事がございましたら下記にご記入ください。

※お手数ですが、平成 25 年 12 月 13 日(金)迄に健康対策課にご返送ください。

※ご協力ありがとうございました。