

《訂正する箇所のみ赤ペンで記入し、変更のない箇所には記入しないでください》

**変更がない場合は返信不要です**

※本調査は東京都が医療機関を公表する【ひまわり】とは異なる品川区独自の事業として行うものです。

訂正内容（赤ペンで記入。選択回答の場合正しい内容を○で囲む）	
所属歯科医師会	品川歯科医師会 / 荏原歯科医師会 / 所属なし
(ふりがな) 貴施設名	
ふりがな 院長名	
所在地	〒  *ビル名、号室等まで正確にご記入を。
自施設の 駐車場の有無	あり / なし
電話番号	
FAX 番号	
ホームページ URL	
電子メールアドレス	
生保対応の可否 (○は1つ)	対応あり / 対応なし
対応外国語 (○はいくつでも)	英語 / 中国語 / 韓国語 その他 ( )
外来診療の状況 (○はそれぞれ1つ)	初診 完全予約制 / 予約制と予約外の併用 / 予約制でない
	再診 完全予約制 / 予約制と予約外の併用 / 予約制でない
貴施設の 得意領域及び PR ポイント等 (250字以内)  クレジットカードなど、 決済方法対応については こちらにご記入ください	
在宅歯科診療の形態 (○はいくつでも)	訪問診療 / 訪問診療（かかりつけのみ） / 基本的に外来のみ
緊急時に連絡を取れる 電話番号の有無 (○は1つ)	あり Tel ( ) / なし
在宅歯科診療の対応範囲 (○は1つ)	対応なし / 近隣まで / 品川区内まで / 区外以遠 / 応相談
在宅歯科診療の対応 (○はいくつでも)	対応なし / 義歯の作製 / 義歯の調整 / 齲歯・歯周病治療 嚥下訓練 / 口腔内ケア / レントゲン撮影 その他 ( )

通院時のバリアフリー対応 (○はそれぞれ1つ)	道路から診察室までの車椅子移動	できる / できない
	車椅子からユニットへの移動	できる / できない
	トイレ内の手すり	あり / なし
	トイレ内での車椅子移動	できる / できない
	洋式トイレ	あり / なし
診療時間外の疑義照会 (○は1つ)	可 Tel ( ) / 不可	◆診療時間外の疑義照会の可否及びTelは、区内医療機関等にのみ公開となります。

		診療時間【訂正がある場合は表内に記入】	外来受付時間【訂正がある場合は表内に記入】
月	午前	～	～
	午後	～	～
火	午前	～	～
	午後	～	～
水	午前	～	～
	午後	～	～
木	午前	～	～
	午後	～	～
金	午前	～	～
	午後	～	～
土	午前	～	～
	午後	～	～
日	午前	～	～
	午後	～	～
祝日	午前	～	～
	午後	～	～
特記事項		例)但し、第二木曜は 14:00～16:00 のみ	例)但し、第二木曜は 14:00～15:30 のみ

※下記についてご確認の上、署名してください。

当施設として、本医療機関等名簿デジタル版の趣旨を理解し、回答内容について医療機関等名簿デジタル版 WEB サイト上に公開されることに同意します。また、回答内容に個人情報が含まれる場合は、当該本人の同意を得た上で回答しています。

回答者御署名

【回答者様連絡先情報】

電話番号	( )	FAX 番号	( )
電子メールアドレス	@		

※調査票回収後、内容についてお問い合わせする場合がありますので、ご承知おきください。  
 ※回答頂いた内容を本調査の目的以外で使用することはありません。