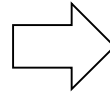


【モデル医療機関（医科）】アンケート

このアンケートは、令和7年度奈良県糖尿病歯周病医科歯科連携推進事業の中で、医科・歯科の連携を受けた患者さんのご意見を伺い、より良い仕組みに改良するために行うものです。回答内容は統計的に処理され、個人が特定されることはありません。

こちらのQRコードからでもご回答いただけます。



1. 基本情報

所属医療機関名	
回答日	年 月 日

2. 書類・説明内容の理解

項目	非常にそう 思う	そう思う	どちらとも いえない	そう思わ ない	まったくそ う思わない
事業の目的や流れを 理解している	☐	☐	☐	☐	☐
フローチャートの内 容は分かりやすい	☐	☐	☐	☐	☐
診療情報提供書の項 目は適切だった	☐	☐	☐	☐	☐

3. 実施・運用状況

（該当するものにチェック）

書類作成に要した時間	☐ 3分未満 ☐ 3～5分 ☐ 5～10分 ☐ 10分以上
スタッフ（看護師・受付等）の 協力を得て運用できた	☐ はい ☐ 部分的にできた ☐ いいえ

4. 効果の実感（1＝まったくそう思わない 5＝非常にそう思う）

項目	非常にそう 思う	そう思う	どちらとも いえない	そう思わな い	まったくそ う思わない
歯科への紹介がスムーズ になった	☐	☐	☐	☐	☐
患者の歯周病と糖尿病に ついて理解が深まった	☐	☐	☐	☐	☐
歯科からの情報が治療に 役立った	☐	☐	☐	☐	☐
地域の医科歯科連携に関 する理解が深まった	☐	☐	☐	☐	☐

5. 負担・課題

障壁（該当するものすべて）	☐ 外来時間内で説明が難しい ☐ 同意取得の手間 ☐ 書類作成が煩雑 ☐ 送付手段が不便 ☐ その他
全体の負担感	☐ 少ない ☐ ややある ☐ 大きい

6. 今後の希望・自由記述

項目	非常にそう 思う	そう思う	どちらとも いえない	そう思わな い	まったくそ う思わない
今後も糖尿病歯周病医科 歯科連携を継続したい	☐	☐	☐	☐	☐

※この事業全体を通して感じたこと、改善点・継続への意見をご自由にご記入ください。

ご協力ありがとうございました。