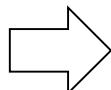


【モデル医療機関（歯科）】アンケート

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コードからもご回答いただけます。



1. 基本情報

所属歯科医療機関名	
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	<input type="checkbox"/>				
フローチャートの内容は分かりやすい	<input type="checkbox"/>				
診療情報提供書の項目は適切だった	<input type="checkbox"/>				

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	<input type="checkbox"/> 3分未満 <input type="checkbox"/> 3~5分 <input type="checkbox"/> 5~10分 <input type="checkbox"/> 10分以上
スタッフ（歯科衛生士・受付等）の協力を得て運用できた	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 部分的にできた <input type="checkbox"/> 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
医科への紹介がスムーズになった	<input type="checkbox"/>				
患者の歯周病と糖尿病について理解が深まった	<input type="checkbox"/>				
医科からの情報が治療に役立った	<input type="checkbox"/>				
地域の医科歯科連携に関する理解が深まった	<input type="checkbox"/>				

5. 負担・課題

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

※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。