

# 【診療情報提供書受領歯科医療機関】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
医科からの診療情報提供書の内容は分かりやすかった	<input type="checkbox"/>				
HbA1cなどの情報は適切であった	<input type="checkbox"/>				
書式の構成やフォーマットは適切であった	<input type="checkbox"/>				
書類の量や内容は適度であった	<input type="checkbox"/>				

## 3. 実施・運用状況

書類確認・返書作成に要した時間	<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
-----------------	-------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

#### 4. 効果の実感

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
医科との連携により患者理解が深まった	<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"/> 書式が見にくい <input type="checkbox"/> 連絡方法が分からない <input type="checkbox"/> 患者理解不足 <input type="checkbox"/> 院内共有が難しい <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"/>				

※医科からの情報を受けた印象、この事業全体を通して感じたこと、改善点や今後の希望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。