

歯科診療所自主点検票 回答シート

点検年月日	令和 年 月 日		
医療機関名			
所在地	岡山市 区	電話番号	
開設者名			
管理者氏名		点検者氏名 <small>(管理者と同じ場合は記入不要)</small>	

自主点検票に記入した数字を該当の欄に転記してください。

【1-1】	【1-7】	【3-4】	【6】	【9】
①	①	①	①	①
②	②	②	②	②
③	③	③	③	③
【1-2】	【1-8】	④	【7-1】	④
①ーア	①	【4-1】	①	⑤
①ーイ	【2-1】	①	【8-0】	⑥
①ーウ	①	②	①	⑦
①ーエ	②	【5-1】	【8-1】	⑧
②	【3-1】	①	①	⑨
【1-3】	①	②	②	⑩
①	②	③	【8-2】	⑪
【1-4】	③	【5-2】	①	⑫
①	【3-2】	①	②	⑬
②	①	②	③	⑭
③	②	③	【8-3】	⑮
【1-5】	③	【5-3】	①	⑯
①	【3-3】	①	②	⑰
②	①	②	③	⑱
③	②	③	【8-4】	⑲
④	③	【5-4】	①	⑳
【1-6】	④	①	【8-5】	㉑
①ーア	⑤	②	①	㉒
①ーイ		③		㉓
①ーウ				㉔
②				㉕
				㉖
				㉗
				㉘

【10】	【11】
年式 台数	①診療所内でということ（行為）が危ないと考えていますか。また、それにどう対処していますか。
①	
②	
③	
④	
⑤	②職員の意志統一をどのように図っていますか。
④	
⑤	
本数	③医療の質の向上のために、何か工夫されていることがありますか。
⑥	
⑦	

記入した回答シートは、返信用封筒に入れ 令和4年1月14日(金)（消印有効）までに岡山市保健所総課へご返送ください。ご協力ありがとうございました。