締め切りは10月17日です！

愛知県歯科衛生士会事務局まで！

**在宅歯科診療についてのアンケート調査**

＊必須項目

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| \*氏名 |  | \*会員番号 |  |
| \*住所 | 〒 | \*所属支部 | 支部 |
| \*連絡可能な  \*電話番号 | 自宅Tel  携帯Tel　　　　　　　　　　　　　　E-mail | | |

**１**　歯科衛生士歴　（　　　　　　　　　年）

**２**　現在の勤務先（複数ある場合はすべてに〇をつけてください）

　　①診療所　　②病院　　③介護関連施設　　④行政　　⑤養成機関　　⑥企業

⑦その他（具体的に書いてください　　　　　　　　　　　　　）

**３**　上記の職場での雇用形態をお答えください。

複数ある場合は主な雇用形態をお答えください

　①常勤　　　　②非常勤

**４**　取得している認定がありましたら下記に記入してください。

　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**５**　あなたは在宅歯科訪問業務に従事していますか？

①はい　　→　在宅歯科訪問業務経験年数（　　　年）

②いいえ

※５の質問で①はいと回答された方にお聞きします

**5-1)**在宅歯科訪問業務の業務内容をお答えください（複数回答可）。

　　　①歯科診療介助　　②口腔ケア（専門的口腔清掃） ③口腔衛生指導（本人・家族）

④他職種への口腔衛生指導　　⑤摂食嚥下訓練（間接） ⑥摂食嚥下訓練（直接）

⑦退院カンファレンスまたはサービス担当者会議への出席など

⑧その他（　　　　　　　　　　　　　）

　※５で②いいえと回答された方にお聞きします

**5-2）**今後在宅歯科訪問業務に従事したいと思いますか？

　　　　①はい　　　　　　　②いいえ　　　　　　③わからない

**5-3)** あなたは歯科衛生士として口腔機能向上に関する健康教育を行った経験がありますか？

①はい　　　　　　　②いいえ

**６**　あなたは名古屋市およびお名古屋市歯科医師会の事業参加可能者として登録することに同意しますか

　　　　①同意する　　　　　②同意しない

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ご協力ありがとうございました。