歯科診療における電話や情報通信機器を用いて診療を実施する医療機関の調査票

別紙1－2

	基本情報					事務連絡に基づく対応について				
	施設名	郵便番号	住所（都道府県から記載）	電話番号	ウェブサイトURL	初診の電話等を用いた診療の実施の有無	再診の電話等を用いた診療の実施の有無	対応診療科	担当歯科医師名	対面診療が必要と判断した場合に連携する医療機関名（複数ある場合は複数、住所も併せて記載）
例	○○歯科医院	000-0000	東京都千代田区・・・	080-0000-0000	http://www…	○	○	歯科 口腔外科	○○　○○ ○○　○○	○○病院（東京都○○区・・・） ○○病院（埼玉県○○市・・・）