

障害者施設等での歯科保健に関する実態調査の回答案内

1 本調査について

- ・調査対象は、南多摩保健所管内(日野市・多摩市・稲城市)の入所及び通所型の障がい者施設です。
- ・調査内容は、集計及び調査結果の公表にのみ利用し、その他の目的には利用しません。
- ・本調査結果の公表は、ご回答者様や施設名が特定できない形で行います。
- ・本調査に関するお問い合わせは、南多摩保健所 管理課 保健医療担当又は歯科保健担当宛てにお願いします。

2 回答に際してのお願い

- ・ご回答は、管理的立場の方、または利用者の健康管理に携わる立場にある方にお願いします。
- ・質問に対しては、回答日現在の状況についてご回答ください。

3 本調査への回答方法 <回答期日:令和8年11月20日(金曜日)まで>

以下のいずれかの方法でお願いいたします。

【方法1】または【方法2】でご回答いただきますと、回答内容が自動配信メールで送信されます。

【方法1】以下の二次元バーコードを読み込み、WEB 回答用フォームからご回答いただく。

推奨

回答用フォームの URL:

<https://logoform.jp/form/tmgform/1788365>



【方法2】保健所ホームページに掲載した WEB 回答用フォームの専用リンクからご回答いただく。

推奨

掲載場所:東京都南多摩保健所のトップページ> **お知らせ** 内の「【南多摩保健所管内】障害者施設等での歯科保健に関する実態調査へのご協力のお願い」からご回答ください。

【方法3】貴施設に郵送した本調査票(A4片面、3枚又は4枚)にご記入のうえ、FAX にてご提出いただく。
FAX: 042-375-6697 (送付先: 南多摩保健所 保健医療担当宛)

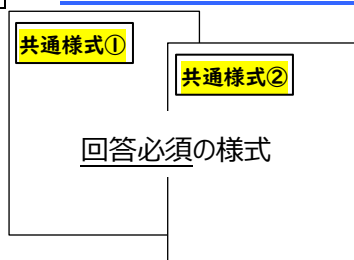
提出様式

回答必須(2枚):

共通様式①と共通様式②



調査様式(A)・(B)について



【共通様式①】のⅠ「質問2 入所施設、通所施設のどちらになりますか。」について、貴施設が選択した項目によって回答いただく調査様式が変わります。

①入所施設 ⇒様式(A) 入所施設用 の1枚

②通所施設等 ⇒様式(B) 通所施設用 の1枚

③入所・通所のどちらにも該当する ⇒様式(A)と(B)の2枚

を
ご
回
答
く
だ
さ
い。

(注意)FAX でご提出いただく場合、送付状のご用意は不要です。

問合せ先:東京都南多摩保健所 管理課 保健医療担当、歯科保健担当
電話番号:042-371-7661 (代表)、FAX:042-375-6697