

平面プランチェックリスト

様

平成 年 月 日

1	スタッフ構成	医師(名) 衛生士・助手(名) 技工士(名) 受付・事務(名)				
2	一日の患者数	子供(名) 主婦(名) 学生(名) 老人(名) 社保本人(名) 国保本人(名)				
3	ポーチ	有		無		
4	風除室	有		無		
5	玄関	ドア種類	a.自動ドア		b.手動ドア	
		スリッパ数	子供(足) 大人(足) 殺菌灯既製品			
		車椅子対応	有		無	
6	待合室	待合椅子	(名分)		a.ソファタイプ b.1人掛けタイプ	
		プレイルーム	有		無 約 帖	
7	洗口コーナー	有		無		
8	トイレ	スタッフと患者 (兼用・個別)				
9	受付	タイプ	a.Rタイプ		b.直タイプ	
		収納機器	a.電話・FAX b.キャッシャー c.ミニコピー d.コンピューター e.プリンター			
10	カルテ	通常カルテ枚数	(名分)			
		カルテ記入	a.手書き		b.コンピューター(院内ラン(有・無))	
		終了カルテ保管場	a.受付周辺		b.院長室 c.カルテ庫	
11	診療室	ユニット	メーカー()・機種()・台数(台)			
		ユニット配置	a.オープン		b.パーテーション c.個室 d.半個室 e.動線分離	
12	準備コーナー	開口()	シンク(ヶ所)・印象器材収納・引出し収納・殺菌灯バット収納30枚・その他			
13	消毒コーナー	開口()	シンク大(ヶ所)・オートクレーブ収納・超音波洗浄・その他			
		使用機器	a.オートクレーブ b.ガスメッキン c.冷蔵庫 d.食器洗い器 e.超音波洗浄器			
14	X線現像コーナー	a.自現器		b.暗室		
15	技工コーナー	作業内容	a.模型処理		b.研磨 c.リックス(技工機 d.鋳造	
		使用機器	a.モデルトリマー		b.レーズ c.パイプレーター d.真空埋没器 e.サンドブラスター	
16	レントゲン室	レントゲン種類	a.デンタル		b.パノラマ c.セファロ	
			a.ドクターデスク		b.ロッカー c.ソファベッド d.その他	
17	院長室	スタッフ人数	(名)		a.カーペット敷 b.タタミ敷	
		使用機器	a.洗濯機		b.流し台 c.冷蔵庫 d.ロッカー e.その他	
18	医局	室内				
		屋外				
19	機械室	使用機器	a.コンプレッサー		b.分離器 c.エアードライヤー d.バキューム e.口腔外バキューム	
			有		無	
20	特診室	有		無		
21	相談コーナー	有		無		
22	刷掃コーナー	有		無		
23	通用口	有		無		
24	特記事項					