

【参加登録】入力ガイド(項目一覧および各項目の説明)

【入力時の注意事項】

半角カタカナ、機種依存文字の入力はできません。

■ 参加事業の選択

- ・ 歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業を選択してください。
- ・ 医療事故情報収集等事業にも参加いただく場合は、歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業、医療事故情報収集等事業いずれも選択してください。
- ・ すでに医療事故情報収集等事業の「医療事故情報収集・分析・提供事業」に参加している医療機関が本事業に参加いただく場合、事例報告システムから参加事業の変更手続きをしてください。

■ 医療機関情報(基本情報)

医療機関名称

- ・ 医療機関の名称を入力してください。

医療機関開設者

- ・ 医療法人〇〇会など開設者の名称を入力してください。
- ・ 個人の場合は、開設者の氏名を入力してください。その場合、姓と名の間は一文字（全角）空けて入力してください。

施設長名または院長名

- ・ 施設長または院長の氏名を入力してください。
- ・ 姓と名の間は一文字（全角）空けて入力してください。

医療機関の所在地(郵便番号)

- ・ 半角数字で入力してください。

医療機関の所在地(都道府県)

- ・ プルダウンから選択してください。

医療機関の所在地(都道府県以降)

- ・ 医療機関の所在地がビル内の場合、ビル名（部屋番号含む）まで入力してください。
- ・ ビル名については、住所と空白を空けずに入力してください。

施設区分

- ・ プルダウンから「歯科診療所」を選択してください。

電話番号

- ・ 半角数字で入力してください。
- ・ 各種届出に記載している医療機関の固定電話の番号を入力してください。
- ・ 携帯電話番号の入力をご遠慮ください。

■ 歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業 医療機関情報登録

【基本情報】

歯科診療台数(外来)

- ・ 設置している歯科診療台数を半角数字で入力してください。

【歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業】

担当者名

- ・ 事例の入力など主として本事業をご担当いただく方の氏名を入力してください。
- ・ 姓と名の間は一文字（全角）空けて入力してください。

所属

- ・ 担当者の所属部署（〇〇部 等）を入力してください。所属部署がない場合は空欄で差し支えありません。

職名

- ・ 「院長」「歯科衛生士」「歯科助手」など担当者の職種・役職を記入してください。

メールアドレス

- ・ 担当者で連絡がとれる電子メールアドレスを入力してください。

メールアドレス(確認用)

- ・ 「メールアドレス」で入力した電子メールアドレスをコピーせずに再度入力してください。