

平成 2 0 年患者調査 調査票

- ・ 病院入院（奇数） 票
- ・ 病院外来（奇数） 票
- ・ 病院（偶数） 票
- ・ 一般診療所票
- ・ 歯科診療所票
- ・ 病院退院票
- ・ 一般診療所退院票

厚 生 労 働 省

指定統計第66号
患者調査

患者調査

病院入院(奇数)票

厚生労働省

記入上の注意

平成20年10月21日～23日(指定された1日)

- 1 ※印欄には、記入しないください。
2 500～599床の病院については生年月日の末尾が1、3、5、7日の患者について作成してください。
3 600床以上の病院については生年月日の末尾が3、5、7日の患者について作成してください。

※保健所符号	
施設番号	H-
患者番号	

(1) 性別	1 男 2 女	(2) 出生年月日	1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治	年 月 日	
(3) 患者の住所	1 病院と同じ市区町村内 2 病院とは別の市区町村 → 都道府県 市郡 区町村	※市区町村コード 			
(4) 入院年月日等	入院年月日 1 平成 2 昭和 年 月 日				
(主傷病とは、「(5)受療の状況」の「(1)主傷病名」に記載される疾患をいいます。)	過去の入院の有無		1 有 → 2 無	退院年月日 平成 年 月 日	
	(主傷病に関連した貴医療施設における入院であって、退院日が上記入院年月日から遡って過去30日以内の場合に限る。(退院年が平成の場合の				
(5) 受療の状況	1 傷病の診断・治療 2 正常分娩(単胎自然分娩) 3 正常妊娠・産じょくの管理 4 健康者に対する検査、健康診断(査)・管理 5 その他の保健サービス				
(主傷病名については、発病の型(例:急性)、病因(例:病原体名)、部位(例:胃噴門部がん)、性状(例:病理組織型)等もできるだけ記入してください。 また、複数の傷病に罹患している場合は、副傷病名欄の中から該当するものすべてを選択してください。 「16 精神疾患」とは、アルツハイマー病を含む認知症、精神作用物質による精神及び行動の障害、統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害、気分[感情]障害、神経症性障害、てんかん、その他の精神及び行動の障害をいいます。(ただし「精神遅滞」は除きます。)	(1) 主傷病名 			外傷の原因 	
	(2) 副傷病名 (該当するものすべてに○印をつけてください。)			外傷の原因(中毒を含む) 主傷病名が外傷(中毒を含む)の場合は、下欄からその原因を該当する番号で1つ記入してください。	
	01 副傷病なし 02 糖尿病(合併症を伴わないもの) 10 高血圧(症) 03 糖尿病(性)腎症 11 虚血性心疾患 04 糖尿病(性)網膜症 12 脳卒中 05 糖尿病(性)神経障害 13 閉塞性末梢動脈疾患 06 糖尿病(性)足病変 14 大動脈疾患 07 03～06以外の合併症を伴う糖尿病 (大動脈解離、大動脈瘤) 08 肥満(症) 15 慢性腎不全(慢性腎臓病) 09 高脂血症(脂質異常症) 16 精神疾患 17 その他の疾患			不慮の事故 故意又は不明 ① 自動車交通事故 ⑦ 自傷 ② 自転車交通事故 ⑧ 他傷 ③ その他の交通事故 ⑨ 不明 ④ スポーツ中の事故 ⑤ 転倒・転落 ⑥ ①～⑤以外の原因による不慮の事故	
(6) 透析治療の状況 (他の医療機関での治療も含む。)	1 維持透析治療中 2 その他の透析治療中 3 治療なし 4 不明				
(7) 診療費等支払方法 (該当するものすべてを選択してください。 なお、介護保険サービス利用者で、医療保険等と公費負担医療を併用している場合は、それらの両方について記入してください。)	1 自費診療 (保険外併用療養費を含む) → I (医療保険等) 2 医療保険等、公費負担医療 → I (医療保険等) 3 介護保険 (介護扶助を含む) → II (公費負担医療)				
	I (医療保険等) 01 全国健康保険協会管掌健康保険(本人) 08 退職者医療(本人) 02 全国健康保険協会管掌健康保険(家族) 09 退職者医療(家族) 03 健康保険組合(本人) 10 高齢者の医療の確保に関する法律 04 健康保険組合(家族) 11 労働災害・公務災害 05 各種共済組合(本人) 12 自動車損害賠償保障法 06 各種共済組合(家族) 13 その他 07 国民健康保険 II (公費負担医療) 14 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律 15 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 16 生活保護法(医療扶助) 17 その他の公費負担によるもの				
(8) 紹介の状況	1 病院から 2 一般診療所から 3 歯科診療所から 4 介護老人保健施設から 5 介護老人福祉施設から 6 その他から 7 紹介なし				
(9) 救急の状況 (該当するものすべてを選択してください。)	救急 [1 救急車により搬送 2 救急外来を受診 3 診療時間外を受診] 4 1～3以外				
(10) 病床の種類別	精神病床 [1 老人性認知症疾患療養病棟 5 療養病床(医療保険適用病床) 2 その他の精神病床 6 療養病床(介護保険適用病床) 3 感染症病床 7 一般病床 4 結核病床]				
(11) 入院の状況	1 生命の危険は少ないが入院治療、手術を要する 4 検査入院 2 生命の危険がある 5 その他 3 受け入れ条件が整えば退院可能				



指定統計第66号
患者調査

患者調査

病院外来(奇数)票

厚生労働省

記入上の注意

平成20年10月21日～23日(指定された1日)

※保健所符号	
施設番号	H-
患者番号	

- ※印欄には、記入しないでください。
- 500～599床の病院については生年月日の末尾が1、3、5、7日の患者について作成してください。
- 600床以上の病院については生年月日の末尾が3、5、7日の患者について作成してください。

(1) 性別	1 男 2 女	(2) 出生年月日	1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治 年 月 日
(3) 患者の住所	1 病院と同じ都道府県内 2 病院とは別の都道府県 → 都道府県		
(4) 外来の種別	初診 再 来	1 通院 2 往診 3 通院 4 往診 5 訪問診療 6 医師以外の訪問	前回診療(訪問)月日 平成 20 年 月 日
(5) 受療の状況	1 傷病の診断・治療 2 正常分娩(単胎自然分娩) 3 正常妊娠・産じよくの管理 4 健康者に対する検査、健康診断(査)・管理 5 予防接種 6 その他の保健サービス		
主傷病名 (1) 主傷病名 外傷の原因 外傷の原因(中毒を含む) 主傷病名が外傷(中毒を含む)の場合は、下欄からその原因を該当する番号で1つ記入してください。	副傷病名(該当するものすべてに○印をつけてください。)		
	01 副傷病なし 02 糖尿病(合併症を伴わないもの) 10 高血圧(症) 03 糖尿病(性)腎症 11 虚血性心疾患 04 糖尿病(性)網膜症 12 脳卒中 05 糖尿病(性)神経障害 13 閉塞性末梢動脈疾患 06 糖尿病(性)足病変 14 大動脈疾患 07 03～06以外の合併症を伴う糖尿病 (大動脈解離、大動脈瘤) 08 肥満(症) 15 慢性腎不全(慢性腎臓病) 09 高脂血症(脂質異常症) 16 精神疾患 17 その他の疾患		
(6) 透析治療の状況 他の医療機関での治療も含む。	1 維持透析治療中 2 その他の透析治療中 3 治療なし 4 不明		
(7) 診療費等支払方法 該当するものすべてを選択してください。 なお、介護保険サービス利用者で、医療保険等と公費負担医療を併用している場合は、それらの両方について記入してください。	1 自費診療(保険外併用療養費を含む) → I (医療保険等) 2 医療保険等、公費負担医療 → I (医療保険等) 3 介護保険(介護扶助を含む) → II (公費負担医療) I (医療保険等) 01 全国健康保険協会管掌健康保険(本人) 08 退職者医療(本人) 02 全国健康保険協会管掌健康保険(家族) 09 退職者医療(家族) 03 健康保険組合(本人) 10 高齢者の医療の確保に関する法律 04 健康保険組合(家族) 11 労働災害・公務災害 05 各種共済組合(本人) 12 自動車損害賠償保障法 06 各種共済組合(家族) 13 その他 07 国民健康保険 II (公費負担医療) 14 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律 15 障害者自立支援法 16 生活保護法(医療扶助) 17 その他の公費負担によるもの		
(8) 紹介の状況	1 病院から 2 一般診療所から 3 歯科診療所から 4 介護老人保健施設から 5 介護老人福祉施設から 6 その他から 7 紹介なし		
(9) 救急の状況 該当するものすべてを選択してください。	救急 { 1 救急車により搬送 2 救急外来を受診 3 診療時間外を受診 } 4 1～3以外		



指定統計第66号
患者調査

患者調査

病院(偶数)票

厚生労働省

記入上の注意

平成20年10月21日～23日（指定された1日）

※保健所符号	
施設番号	H-
調査票番号	

- ※印欄には、記入しないでください。
- 500～599床の病院については生年月日の末尾が0、2、4、6、8、9日の患者について作成してください。
- 600床以上の病院については生年月日の末尾が0、1、2、4、6、8、9日の患者について作成してください。

どちらかに○をつけてください

1 入院

2 外来

患者番号	性別	出生年月日
1	1 男 2 女	1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治 年 月 日
2	1 男 2 女	1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治 年 月 日
3	1 男 2 女	1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治 年 月 日
4	1 男 2 女	1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治 年 月 日
5	1 男 2 女	1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治 年 月 日
6	1 男 2 女	1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治 年 月 日
7	1 男 2 女	1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治 年 月 日
8	1 男 2 女	1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治 年 月 日
9	1 男 2 女	1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治 年 月 日
10	1 男 2 女	1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治 年 月 日
11	1 男 2 女	1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治 年 月 日
12	1 男 2 女	1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治 年 月 日
13	1 男 2 女	1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治 年 月 日
14	1 男 2 女	1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治 年 月 日
15	1 男 2 女	1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治 年 月 日
16	1 男 2 女	1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治 年 月 日
17	1 男 2 女	1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治 年 月 日
18	1 男 2 女	1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治 年 月 日
19	1 男 2 女	1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治 年 月 日
20	1 男 2 女	1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治 年 月 日

この調査票に記入した患者数

人



指定統計第66号
患者調査

患者調査

一般診療所票

厚生労働省

※保健所符号	
施設番号	C-
患者番号	

記入上の注意

※印欄には、記入しないでください。

平成20年10月21・22・24日（指定された1日）

(1) 性別	1 男 2 女	(2) 出生年月日	1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治	年 月 日	
(3) 患者の住所	1 診療所と同じ都道府県内 2 診療所とは別の都道府県 → 都道府県		※都道府県コード		
(4) 入院・外来の種別等	入 院	入院年月日 1 平成 2 昭和 年 月 日 過去の入院の有無 主傷病に関連した貴医療施設における入院であって、退院日が上記入院年月日から遡って過去30日以内の場合に限る。（退院年が平成の場合の） 1 有 → 2 無 退院年月日 平成 年 月 日			
	外 来	初診 1 通院 2 往診 再来 3 通院 4 往診 5 訪問診療 6 医師以外の訪問 } → 前回診療（訪問）月日 平成 20 年 月 日			
(5) 受療の状況	1 傷病の診断・治療 2 正常分娩（単胎自然分娩） 3 正常妊娠・産じょくの管理 4 健康者に対する検査、健康診断（査）・管理 5 予防接種 6 その他の保健サービス (1) 主傷病名 外傷の原因 外傷の原因（中毒を含む） 主傷病名が外傷（中毒を含む）の場合は、下欄からその原因を該当する番号で1つ記入してください。 (2) 副傷病名（該当するものすべてに○印をつけてください。） 01 副傷病なし 02 糖尿病（合併症を伴わないもの） 10 高血圧（症） 03 糖尿病（性）腎症 11 虚血性心疾患 04 糖尿病（性）網膜症 12 脳卒中 05 糖尿病（性）神経障害 13 閉塞性末梢動脈疾患 06 糖尿病（性）足病変 14 大動脈疾患 07 03～06以外の合併症を伴う糖尿病（大動脈解離、大動脈瘤） 08 肥満（症） 15 慢性腎不全（慢性腎臓病） 09 高脂血症（脂質異常症） 16 精神疾患 17 その他の疾患 不慮の事故 故意又は不明 ① 自動車交通事故 ⑦ 自傷 ② 自転車交通事故 ⑧ 他傷 ③ その他の交通事故 ⑨ 不明 ④ スポーツ中の事故 ⑤ 転倒・転落 ⑥ ①～⑤以外の原因による不慮の事故				
(6) 透析治療の状況 （他の医療機関での治療も含む。）	1 維持透析治療中 2 その他の透析治療中 3 治療なし 4 不明				
(7) 診療費等支払方法 （該当するものすべてを選択してください。） なお、介護保険サービス利用者で、医療保険等と公費負担医療を併用している場合は、それらの両方について記入してください。	1 自費診療（保険外併用療養費を含む） 2 医療保険等、公費負担医療 3 介護保険（介護扶助を含む） I（医療保険等） 01 全国健康保険協会管掌健康保険（本人） 08 退職者医療（本人） 02 全国健康保険協会管掌健康保険（家族） 09 退職者医療（家族） 03 健康保険組合（本人） 10 高齢者の医療の確保に関する法律 04 健康保険組合（家族） 11 労働災害・公務災害 05 各種共済組合（本人） 12 自動車損害賠償保障法 06 各種共済組合（家族） 13 その他 07 国民健康保険 II（公費負担医療） 14 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律 15 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 16 障害者自立支援法 17 生活保護法（医療扶助） 18 その他の公費負担によるもの				
(8) 紹介の状況	1 病院から 2 一般診療所から 3 歯科診療所から 4 介護老人保健施設から 5 介護老人福祉施設から 6 その他から 7 紹介なし				
(9) 救急の状況 （該当するものすべてを選択してください。）	救急 { 1 救急車により搬送 2 救急外来を受診 3 診療時間外を受診 } 4 1～3 以外				
入院の み	(10) 病床の種別	1 療養病床（医療保険適用病床） 2 療養病床（介護保険適用病床） 3 一般病床			
	(11) 入院の状況	1 生命の危険は少ないが入院治療、手術を要する 4 検査入院 2 生命の危険がある 5 その他 3 受け入れ条件が整えば退院可能			



指定統計第66号
患者調査

患者調査

歯科診療所票

厚生労働省

記入上の注意

※印欄には、記入しないでください。

平成20年10月21・22・24日（指定された1日）

※保健所符号	
施設番号	D-
患者番号	

(1) 性別	1 男 2 女	(2) 出生年月日	1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治	年 月 日
(3) 患者の住所	1 診療所と同じ都道府県内 2 診療所とは別の都道府県 → 都道府県			
(4) 外来の種別	初診	1 通院 2 訪問診療		
	再来	3 通院 4 訪問診療 5 歯科医師以外の訪問	前回診療（訪問）月日 平成 20 年 月 日	
(5) 傷病名	傷病名（下記の傷病名から、該当するもの1つに○印をつけてください。） 01 う蝕症(C) 02 歯髄炎(Pul)、歯髄壊疽(Pu壊疽)、歯髄壊死(Pu壊死) 03 歯根膜炎(Per) 04 歯槽膿瘍(AA)、歯根嚢胞(WZ) 05 歯肉炎(G) 06 慢性歯周炎(P) 07 歯肉膿瘍(GA)、その他の歯周疾患 08 智歯周囲炎(Perico) 09 その他の歯及び歯の支持組織の障害 10 じよく瘡性潰瘍(Dul)、口内炎(Stom)等 11 その他の顎及び口腔の疾患 12 歯の補てつ(冠、ブリッジ、有床義歯、インプラント) 13 歯科矯正 14 外因による損傷 15 検査・健康診断(査)及びその他の保健医療サービス			
(6) 診療費等支払方法	1 自費診療 (保険外併用療養費を含む) 2 医療保険等、公費負担医療 3 介護保険 (介護扶助を含む)			
該当するものすべてを選択してください。 なお、介護保険サービス利用者で、医療保険等と公費負担医療を併用している場合は、それらの両方について記入してください。	I (医療保険等) 01 全国健康保険協会管掌健康保険(本人) 02 全国健康保険協会管掌健康保険(家族) 03 健康保険組合(本人) 04 健康保険組合(家族) 05 各種共済組合(本人) 06 各種共済組合(家族) 07 国民健康保険			08 退職者医療(本人) 09 退職者医療(家族) 10 高齢者の医療の確保に関する法律 11 労働災害・公務災害 12 自動車損害賠償保障法 13 その他
	II (公費負担医療) 14 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律 15 障害者自立支援法 16 生活保護法(医療扶助) 17 その他の公費負担によるもの			



指定統計第66号
患者調査

患者調査

病院退院票

厚生労働省

※保健所符号	
施設番号	H-
患者番号	

記入上の注意

※印欄には、記入しないでください。

平成20年9月1日～30日

(1) 性別	1 男 2 女	(2) 出生年月日	1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治 年 月 日																				
(3) 患者の住所	1 病院と同じ市区町村内 2 病院とは別の市区町村 → 都道府県 市郡 区町村		※市区町村コード 																				
(4) 入院・退院年月日	入院年月日 1 平成 2 昭和 年 月 日	退院年月日	平成20年 9 月 日																				
(5) 受療の状況	1 傷病の診断・治療 2 正常分娩(単胎自然分娩) 3 正常妊娠・産じょくの管理 4 健康者に対する検査、健康診断(査)・管理 5 その他の保健サービス 主傷病名については、発病の型(例:急性)、病因(例:病原体名)、部位(例:胃噴門部がん)、性状(例:病理組織型)等もできるだけ記入してください。 また、複数の傷病に罹患している場合は、副傷病名欄の中から該当するものすべてを選択してください。 「16 精神疾患」とは、アルツハイマー病を含む認知症、精神作用物質による精神及び行動の障害、統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害、気分[感情]障害、神経症性障害、てんかん、その他の精神及び行動の障害をいいます。(ただし「精神遅滞」は除きます。) (1) 主傷病名 <table><tr><td> </td><td>外傷の原因 </td></tr></table> 外傷の原因(中毒を含む) 主傷病名が外傷(中毒を含む)の場合は、下欄からその原因を該当する番号で1つ記入してください。 (2) 副傷病名 (該当するものすべてに○印をつけてください。) <table><tr><td>01 副傷病なし</td><td>10 高血圧(症)</td></tr><tr><td>02 糖尿病(合併症を伴わないもの)</td><td>11 虚血性心疾患</td></tr><tr><td>03 糖尿病(性)腎症</td><td>12 脳卒中</td></tr><tr><td>04 糖尿病(性)網膜症</td><td>13 閉塞性末梢動脈疾患</td></tr><tr><td>05 糖尿病(性)神経障害</td><td>14 大動脈疾患</td></tr><tr><td>06 糖尿病(性)足病変</td><td>15 慢性腎不全(慢性腎臓病)</td></tr><tr><td>07 03～06以外の合併症を伴う糖尿病</td><td>16 精神疾患</td></tr><tr><td>08 肥満(症)</td><td>17 その他の疾患</td></tr><tr><td>09 高脂血症(脂質異常症)</td><td></td></tr></table> 不慮の事故 故意又は不明 ① 自動車交通事故 ⑦ 自傷 ② 自転車交通事故 ⑧ 他傷 ③ その他の交通事故 ⑨ 不明 ④ スポーツ中の事故 ⑤ 転倒・転落 ⑥ ①～⑤以外の原因による不慮の事故				外傷の原因 	01 副傷病なし	10 高血圧(症)	02 糖尿病(合併症を伴わないもの)	11 虚血性心疾患	03 糖尿病(性)腎症	12 脳卒中	04 糖尿病(性)網膜症	13 閉塞性末梢動脈疾患	05 糖尿病(性)神経障害	14 大動脈疾患	06 糖尿病(性)足病変	15 慢性腎不全(慢性腎臓病)	07 03～06以外の合併症を伴う糖尿病	16 精神疾患	08 肥満(症)	17 その他の疾患	09 高脂血症(脂質異常症)	
	外傷の原因 																						
01 副傷病なし	10 高血圧(症)																						
02 糖尿病(合併症を伴わないもの)	11 虚血性心疾患																						
03 糖尿病(性)腎症	12 脳卒中																						
04 糖尿病(性)網膜症	13 閉塞性末梢動脈疾患																						
05 糖尿病(性)神経障害	14 大動脈疾患																						
06 糖尿病(性)足病変	15 慢性腎不全(慢性腎臓病)																						
07 03～06以外の合併症を伴う糖尿病	16 精神疾患																						
08 肥満(症)	17 その他の疾患																						
09 高脂血症(脂質異常症)																							
(6) がん治療の有無 [該当するものすべてを選択してください。]	1 有 → 2 無	1 化学療法 放射線治療 (2 体外照射 3 腔内・組織内照射 4 その他)																					
(7) 手術の有無	1 有 → 2 無	手術日 平成 年 月 日	手術名 いずれか1つに○をする 1 開頭手術 4 筋骨格系手術(四肢体幹) 7 その他の内視鏡下手術 2 開胸手術 5 腹腔鏡下手術 8 経皮的血管内手術 3 開腹手術 6 胸腔鏡下手術 9 その他																				
(8) 診療費等支払方法 [該当するものすべてを選択してください。] なお、介護保険サービス利用者で、医療保険等と公費負担医療を併用している場合は、それらの両方について記入してください。	1 自費診療 (保険外併用療養費を含む) 2 医療保険等、公費負担医療 3 介護保険 (介護扶助を含む)	I (医療保険等) 01 政府管掌健康保険(本人) 08 退職者医療(本人) 02 政府管掌健康保険(家族) 09 退職者医療(家族) 03 健康保険組合(本人) 10 高齢者の医療の確保に関する法律 04 健康保険組合(家族) 11 労働災害・公務災害 05 各種共済組合(本人) 12 自動車損害賠償保障法 06 各種共済組合(家族) 13 その他 07 国民健康保険 II (公費負担医療) 14 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律 15 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 16 生活保護法(医療扶助) 17 その他の公費負担によるもの																					
(9) 病床の種類	精神病床 [1 老人性認知症疾患療養病床 5 療養病床(医療保険適用病床) 2 その他の精神病床 6 療養病床(介護保険適用病床) 3 感染症病床 7 一般病床 4 結核病床]																						
(10) 入院前の場所	家庭 [1 当院に通院 2 他の病院・診療所に通院 3 在宅医療(訪問診療・訪問看護等) 4 その他] 5 他の病院・診療所に入院 6 介護老人保健施設に入所 7 介護老人福祉施設に入所 8 社会福祉施設に入所 9 その他(新生児・不明等)																						
(11) 救急の状況 [該当するものすべてを選択してください。]	救急 [1 救急車により搬送 2 救急外来を受診 3 診療時間外を受診] 4 1～3以外																						
(12) 転帰	1 治癒 2 軽快 3 不変 4 悪化 5 死亡 6 その他																						
(13) 退院後の行き先 [(12)転帰で「5 死亡」の場合は記入の必要はありません。]	家庭 [1 当院に通院 2 他の病院・診療所に通院 3 在宅医療(訪問診療・訪問看護等) 4 その他] 他の病院・診療所に入院 [5 地域医療支援病院・特定機能病院 6 その他の病院 7 診療所] 8 介護老人保健施設に入所 9 介護老人福祉施設に入所 10 社会福祉施設に入所 11 その他(不明等)																						



指定統計第66号
患者調査

患者調査

一般診療所退院票

厚生労働省

※保健所符号	
施設番号	C-
患者番号	

記入上の注意

※印欄には、記入しないでください。

平成20年9月1日～30日

(1) 性別	1 男 2 女	(2) 出生年月日	1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治 年 月 日
(3) 患者の住所	1 診療所と同じ都道府県内 2 診療所とは別の都道府県 → 都道府県		
(4) 入院・退院年月日	入院年月日 1 平成 2 昭和 年 月 日	退院年月日	平成20年 9 月 日
(5) 受療の状況	1 傷病の診断・治療 2 正常分娩(単胎自然分娩) 3 正常妊娠・産じょくの管理 4 健康者に対する検査、健康診断(査)・管理 5 その他の保健サービス 主傷病名については、発病の型(例:急性)、病因(例:病原体名)、部位(例:胃噴門部がん)、性状(例:病理組織型)等もできるだけ記入してください。 また、複数の傷病に罹患している場合は、副傷病名欄の中から該当するものすべてを選択してください。 「16 精神疾患」とは、アルツハイマー病を含む認知症、精神作用物質による精神及び行動の障害、統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害、気分[感情]障害、神経症性障害、てんかん、その他の精神及び行動の障害をいいます。(ただし「精神遅滞」は除きます。) (1) 主傷病名 外傷の原因 外傷の原因(中毒を含む) 主傷病名が外傷(中毒を含む)の場合は、下欄からその原因を該当する番号で1つ記入してください。 (2) 副傷病名 (該当するものすべてに○印をつけてください。) 01 副傷病なし 02 糖尿病(合併症を伴わないもの) 03 糖尿病(性)腎症 04 糖尿病(性)網膜症 05 糖尿病(性)神経障害 06 糖尿病(性)足病変 07 03～06以外の合併症を伴う糖尿病 08 肥満(症) 09 高脂血症(脂質異常症) 10 高血圧(症) 11 虚血性心疾患 12 脳卒中 13 閉塞性末梢動脈疾患 14 大動脈疾患(大動脈解離、大動脈瘤) 15 慢性腎不全(慢性腎臓病) 16 精神疾患 17 その他の疾患 不慮の事故 故意又は不明 ① 自動車交通事故 ② 自転車交通事故 ③ その他の交通事故 ④ スポーツ中の事故 ⑤ 転倒・転落 ⑥ ①～⑤以外の原因による不慮の事故 ⑦ 自傷 ⑧ 他傷 ⑨ 不明		
(6) がん治療の有無 [該当するものすべて] を選択してください。	1 有 2 無	1 化学療法 放射線治療 (2 体外照射 3 腔内・組織内照射 4 その他)	
(7) 手術の有無	1 有 2 無	手術日 平成 年 月 日	手術名 1 開頭手術 2 開胸手術 3 開腹手術 4 筋骨格系手術(四肢体幹) 5 腹腔鏡下手術 6 胸腔鏡下手術 7 その他の内視鏡下手術 8 経皮的血管内手術 9 その他
(8) 診療費等支払方法 [該当するものすべて] を選択してください。	1 自費診療 (保険外併用療養費を含む) 2 医療保険等、公費負担医療 3 介護保険 (介護扶助を含む) なお、介護保険サービス利用者で、医療保険等と公費負担医療を併用している場合は、それらの両方について記入してください。		
(9) 病床の種類別	1 療養病床(医療保険適用病床) 2 療養病床(介護保険適用病床) 3 一般病床		
(10) 入院前の場所	家庭 [1 当院に通院 2 他の病院・診療所に通院 3 在宅医療(訪問診療・訪問看護等) 4 その他] 5 他の病院・診療所入院 6 介護老人保健施設に入所 7 介護老人福祉施設に入所 8 社会福祉施設に入所 9 その他(新生児・不明等)		
(11) 救急の状況 [該当するものすべて] を選択してください。	救急 [1 救急車により搬送 2 救急外来を受診 3 診療時間外を受診] 4 1～3以外		
(12) 転帰	1 治癒 2 軽快 3 不変 4 悪化 5 死亡 6 その他		
(13) 退院後の行き先 [(12)転帰で「5 死亡」の場合は記入の必要はありません。]	家庭 [1 当院に通院 2 他の病院・診療所に通院 3 在宅医療(訪問診療・訪問看護等) 4 その他] 5 地域医療支援病院・特定機能病院 6 その他の病院 7 診療所 8 介護老人保健施設に入所 9 介護老人福祉施設に入所 10 社会福祉施設に入所 11 その他(不明等)		