

調査票①（病院（指定介護療養型医療施設を含む。））（案）

調査内容等の問い合わせ先	
TEL :	、 FAX :
担当者名 :	

1. 基本情報

以下については、平成21年6月1日現在で記入してください。

(1) 施設の名称について、都道府県知事の許可を受けている名称を記入してください。

病 院 名	
-------	--

(例) 医療法人社団〇〇病院 〇〇クリニック

(2) 貴施設の住所について市町村名から記入してください。

住 所	
-----	--

(3) 貴施設の設置主体は次のうちどれですか。

- ① 国 ② 独立行政法人 ③ 国立大学法人 ④ 地方自治体 ⑤ その他公的（日赤、済生会、厚生連、北海道社会事業協会）
- ⑥ 大学医学部附属病院（国立大学法人を除く） ⑦ 社会福祉法人 ⑧ 社会保険関係団体（全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団を含む。）
- ⑨ 公益法人 ⑩ 医療法人 ⑪ 学校法人（大学医学部附属病院を除く） ⑫ 株式会社 ⑬ 個人 ⑭ その他

(4) 病床の種別毎の病床数、入院・外来患者数

① 病床の種別ごとに病床数を記入してください。

「療養」「精神」に指定介護療養型医療施設がある場合には、その病床数を再掲で記入してください。

② 入院及び外来患者数は平成21年6月における1日平均入院患者数及び外来患者数を記入してください。

(単位：床、人)

病 床 種 別	一 般	療 養		精 神		結 核	感 染 症	合 計	
		指 定 介 護 療 養 型 医 療 施 設 (再 掲)	指 定 介 護 療 養 型 医 療 施 設 (再 掲)	指 定 介 護 療 養 型 医 療 施 設 (再 掲)	指 定 介 護 療 養 型 医 療 施 設 (再 掲)			指 定 介 護 療 養 型 医 療 施 設 (再 掲)	指 定 介 護 療 養 型 医 療 施 設 (再 掲)
病 床 数									
入 院 患 者 数									
外 来 患 者 数									

回	答