

秘

総務省承認 NO 23376

承認期限平成15年9月30日まで

平成15年6月

医療経済実態調査

(歯科診療所調査票)

必ず記入してください	貴施設名
	電話番号 (FAX番号)
	電話番号 : (FAX番号 :)
	記入者氏名
	記入者の電子メールアドレス
	@

(提出期限 平成15年7月31日)

中央社会保険医療協議会

第1 基本データ

平成15年6月30日

1 現在地での開業年月		2 現有の医業用建物の建築（改築）年月	
明・大・昭・平	年 月	明・大・昭・平	年 月
3 貴院の開設者（平成15年6月30日現在、該当する項目に○を記入してください。）			
1. 個人		2. 医療法人	
		3. その他	
4 医業用建物の保有形態及び延面積（小数点以下は四捨五入して記入してください。）			
1. 自己所有	2. 賃借	3. リース	4. その他（ ）
m ²	m ²	m ²	m ²
5 管理者の年齢・性別	満 歳 男・女	6 青色申告の有無	あり ・ なし
7 従事者の状況			
①雇用従事者数（青色専従者である家族を含む。）			
区 分	常 勤	非 常 勤	
歯 科 医 師 （個人立の開設者本人を除く）	従事者数 人	6月中の総労働時間 時間	
（うち）青色専従者数			
歯 科 衛 生 士			
（うち）青色専従者数			
歯 科 技 工 士			
（うち）青色専従者数			
事 務 職 員			
（うち）青色専従者数			
そ の 他 の 職 員			
（うち）青色専従者数			
合 計			
（うち）青色専従者数			
常勤職員1人当たり1週間平均の所定労働時間 （個人立の開設者本人を除く）		時間／1人当たり／週平均	
②無給の家族従事者			
区 分	従事者数	6月中の総労働時間	
歯 科 医 師 （個人立の開設者本人を除く）	人	時間	
歯科医師以外の者			
合 計			
8 表示診療時間の状況	施設で表示している1週間の表示診療時間の合計 時間		

9 外来診療の状況（平成15年6月1か月間）		
初診患者数	再診患者延べ数	休診日数
人	延べ 人	日
10 処方の状況（平成15年6月1か月間）		
処方せん料の算定（院外処方）の回数	処方料の算定（院内処方）の回数	
回	回	

※以下の項目は、介護保険事業に係る収入のある診療所のみ記入してください。

11 居宅サービスの状況（平成15年6月1か月間）	
居宅サービス延べ利用者数	延べ 人
12 介護保険適用の占有延べ床面積（小数点以下は四捨五入して記入してください。）	
貴診療所内の居宅サービスに係る占有延べ床面積	延べ m ²

第 2 - 1 収 支

平成 1 5 年 6 月分

科 目		金 額					
		①	百万		千		円
I 医 業 収 入	1 保険診療収入（患者負担含む）	①					
	2 労災等診療収入	②					
	3 その他の診療収入	③					
	4 その他の医業収入	④					
	医 業 収 入 合 計	⑤					
II 介 護 収 入	1 居宅サービス収入	⑥					
	2 その他の介護収入	⑦					
	介 護 収 入 合 計	⑧					
III 医 業 費 用 ・ 介 護 費 用	1 給 与 費	⑨					
	（うち）青色専従者給与費	⑩					
	2 医 薬 品 費	⑪					
	3 歯科材料費	⑫					
	4 委 託 費	⑬					
	（うち）歯科技工委託費	⑭					
	（うち）医療用廃棄物委託費	⑮					
	（うち）医療事務委託費	⑯					
	（うち）その他の委託費	⑰					
	5 減価償却費（平成 14 年度実績の 1/12）	⑱					
	（うち）建物減価償却費	⑲					
	（うち）医療機器減価償却費	⑳					
	（うち）その他の減価償却費	㉑					
	6 その他の医業費用	㉒					
	（うち）土地賃借料	㉓					
	（うち）建物賃借料	㉔					
	（うち）医療機器賃借料	㉕					
	（うち）その他の費用	㉖					
	費 用 合 計	㉗					

※ 1 介護保険事業に係る収入がある場合には、これを「介護収入」の欄に記入し、医業に係る収入から介護収入を差し引いた収入を「医業収入」の欄に記入してください。

※ 2 「医業費用・介護費用」は、医療保険分と介護保険分の「費用総額」で記入してください。

「第2-1 収支」の内訳(介護保険事業に係る収入のある歯科診療所のみ記入してください。)

第2-2 収 支

費用区分1、費用区分2のどちらで記入しますか。
右欄の番号に、○を記入してください。
(「費用区分1」「費用区分2」については別添参照。)

1 費用区分1で記入
2 費用区分2で記入

○「費用区分1(医療と介護の区分方法で、原則として実際に要した費用の区分方法)」用
(「費用区分2」の施設は、この欄への記入は不要です。)

平成15年6月分

科 目		医 療 保 険 分 の 費 用			
		百万		千	円
Ⅲ 医 業 費 用	1 給 与 費				
	(うち)青色専従者給与費				
	2 医 薬 品 費				
	3 歯科材料費				
	4 委 託 費				
	(うち)歯科技工委託費				
	(うち)医療用廃棄物委託費				
	(うち)医療事務委託費				
	(うち)その他の委託費				
	5 減価償却費(平成14年度実績の1/12)				
	(うち)建物減価償却費				
	(うち)医療機器減価償却費				
	(うち)その他の減価償却費				
	6 その他の医業費用				
	(うち)土地賃借料				
	(うち)建物賃借料				
	(うち)医療機器賃借料				
	(うち)その他の費用				
合 計					

○「費用区分2(「費用区分1」により算出が困難な場合の区分方法)」用
(「費用区分1」の施設は、この欄への記入は不要です。)

平成15年6月分

科 目		医 療 保 険 分 の 費 用			
		百万		千	円
Ⅲ 医 業 費 用	1 給 与 費				
	(うち)青色専従者給与費				
	6 その他の医業費用				
	(うち)その他の費用				

※「(うち)その他の費用」には、その他の医業費用のうち、土地賃借料、建物賃借料及び医療機器賃借料以外の費用の合計を記入してください。

※※「第2-2 収支」は、介護保険事業に係る収入がある場合の医療保険分の費用の内訳となりますので、必ず記入してください。

第3 資 産 ・ 負 債

〔 青色申告で「資産負債調（貸借対照表）」を
税務署に提出した個人立診療所と個人立以外
の診療所が記入してください。 〕

個人立は平成14年末、その他は平成14年度末現在

科 目		金 額							
資 産 合 計		①			百			千	円
(うち)有 形 固 定 資 産		②							
負 債 合 計		③							
(うち)借 入 金		④							

※ 介護保険事業を実施している場合には、医療保険分と介護保険分の総額で記入してください。

第4 設 備 投 資

平成14年7月～平成15年6月

科 目		金 額							
土 地 購 入 の た め の 支 出	①			百			千		円
建物（建物付属設備を含む）購入・ 新 築 ・ 増 改 築 の た め の 支 出	②								
医療用器械備品購入のための支出	③								
その他の有形固定資産購入のための支出	④								
合 計	⑤								

第5 租 税 公 課 等 の 調 査

(「費用区分1」、「費用区分2」に関わらず記入してください。)

通 勤 手 当 (平成15年6月分)							
通 勤 手 当	①		千		円		

損害保険料・租税公課等(平成14年(度)の年額)							
損 害 保 険 料	②	万		千		円	
租 税 公 課	③						
寄 付 金	④						
借 入 返 済 金 (元本)	⑤						
支 払 利 息	⑥						

※ 「租税公課」は、原則として税法上損金に算入される租税(固定資産税、事業税、消費税、自動車税、印紙税、登録免許税など)、公共的な性格をもつ会費や賦課金(歯科医師会費や町内会費など)です。

税 金 (平成14年(度)の年額)							
所得税・法人税	⑦	万		千		円	
住 民 税	⑧						
事 業 税	⑨						

※ 個人立歯科診療所は平成14年の1年分、個人立以外の歯科診療所は平成14年度の1年度分の金額を記入してください。

※※ 全ての項目は、介護保険事業を実施している場合には、医療保険分と介護保険分の総額で記入してください。

第 6 薬 剤 関 係 調 査

平成 1 5 年 6 月 分

	金 額			
薬 剤 損 耗 額	①	千	円	

※ 平成 1 5 年 6 月 1 日～6 月 3 0 日までの間に、薬剤の期限切れ・形状変化・品質劣化等により廃棄した薬剤及び損耗した薬剤の損失額（実購入費ベース）を記入してください。

薬剤の保管管理に関わる床面積			
保 管 管 理 に 関 わ る 床 面 積 の 合 計	②		m ²
医療用廃棄物の集積に必要な床面積			
廃 棄 物 の 集 積 に 必 要 な 床 面 積 の 合 計	③		m ²

※ 1 薬剤の保管管理に関わる床面積の合計を記入してください。

※ 2 医療用廃棄物の集積に必要な床面積を記入してください。

薬剤の保管及び運搬に関わる設備機器に係る減価償却費				
設 備 機 器 名	金 額			
	④	千	円	

※ 薬剤の保管及び運搬に関わる設備機器のうち固定資産として扱っているものについては、当該機器の平成 1 4 年（度）末における減価償却費の 1 / 1 2 の額を記入してください。

薬剤の保管及び運搬に関わる設備機器の賃借料					
設 備 機 器 名		金 額			
	⑤		千		円

※ 薬剤の保管及び運搬に関わる設備機器を賃借している場合には、当該機器の6月分の賃借料を記入してください。

		金 額			
薬剤の保管及び運搬に係る委託費		⑥	千		円

※1 薬剤の保管及び運搬に関する業務のうち委託しているものについて、6月中に委託して業務の対価としての費用を記入してください。

なお、年間委託の場合は、契約額の1/12の額を記入してください。

※2 薬剤の保管及び運搬以外の診療材料等を合わせて委託契約している場合は、6月中の委託契約における取扱い物品（薬剤等含む）の総購入額に占める薬剤購入費の割合により算出してください。