

平成 17 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

秘

指定統計第66号
患者調査

患者調査

病院入院(奇数)票

記入上の注意

平成17年10月18日～20日（指定された1日）

厚生労働省

- ※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。

※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 → <input type="text"/> 都道府県 <input type="text"/> 市郡 <input type="text"/> 区町村 ※市区町村コード																																																				
(4) 入院年月日	入院年月日 1平成 年 月 日 2昭和																																																				
(5) 受療の状況	<p>1 傷病名の診断・治療 傷病名 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 150px; height: 40px;"></td><td style="width: 50px; height: 40px; vertical-align: middle;">外傷の原因</td></tr></table></p> <p style="margin-left: 20px;">外傷の原因（中毒を含む） 記載した傷病名が外傷（中毒を含む）の場合は、下欄から外傷の原因を該当する番号で記入してください。</p> <p>不慮の事故 故意又は不明 ① 自動車交通事故 ⑪ 自傷 ② 自転車交通事故 ⑫ 他傷 ③ その他の交通事故 ⑬ 不明 ④ スポーツ中の事故 ⑤ 転倒・転落 ⑥ 溺水 ⑦ 窒息 ⑧ 煙、火、火災 ⑨ 有害物質（農薬・ガス等） ⑩ ①～⑨以外の原因による不慮の事故</p> <p>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</p>				外傷の原因																																																
	外傷の原因																																																				
(6) 診療費等支払方法	<p>1 自費診療 2 医療保険等、公費負担医療 3 介護保険（介護扶助を含む）</p> <p>（特定療養費を含む）</p> <p>I (医療保険等) II (公費負担医療)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>01</th><th>02</th><th>03</th><th>04</th><th>05</th><th>06</th><th>07</th><th>08</th><th>09</th><th>10</th><th>11</th><th>12</th><th>13</th><th>14</th><th>15</th><th>16</th><th>17</th> </tr> <tr> <td>政管健保</td><td>組合健保</td><td colspan="2">共済</td><td rowspan="2">国</td><td colspan="2">退職者医療</td><td rowspan="2">老人保健法</td><td rowspan="2">労災・公務災害</td><td rowspan="2">自賠</td><td rowspan="2">その他の</td><td rowspan="2">結核予防法</td><td rowspan="2">精神保健福祉法</td><td rowspan="2">生活保護法</td><td rowspan="2">(医療扶助)</td><td rowspan="2">その他の公費</td><td rowspan="2">負担によるもの</td></tr> <tr> <td>本人族</td><td>本人族</td><td>本家</td><td>本家</td><td>人族</td><td>人族</td><td>保</td><td>人族</td><td>人族</td><td>法</td><td>他</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>			01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	政管健保	組合健保	共済		国	退職者医療		老人保健法	労災・公務災害	自賠	その他の	結核予防法	精神保健福祉法	生活保護法	(医療扶助)	その他の公費	負担によるもの	本人族	本人族	本家	本家	人族	人族	保	人族	人族	法	他					
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17																																					
政管健保	組合健保	共済		国	退職者医療		老人保健法	労災・公務災害	自賠	その他の	結核予防法	精神保健福祉法	生活保護法	(医療扶助)	その他の公費	負担によるもの																																					
本人族	本人族	本家	本家		人族	人族											保	人族	人族	法	他																																
(7) 紹介の有無	1 病院から 2 一般診療所から 3 歯科診療所から 4 介護老人福祉施設から 5 介護老人福祉施設から 6 その他から 7 紹介なし																																																				
(8) 救急の状況	[1 救急車により搬送 2 救急外来を受診 3 診療時間外の受診] 4 1～3以外 <small>-----救急（複数回答可）-----</small>																																																				
(9) 病床の種別	精神病床 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 150px; height: 40px; vertical-align: middle;">1 老人性痴呆疾患療養病棟（医療保険適用病床） 2 老人性痴呆疾患療養病棟（介護保険適用病床） 3 その他の精神病床 4 感染症病床</td><td style="width: 50px; vertical-align: middle;">5 結核病床 6 療養病床（医療保険適用病床） 7 療養病床（介護保険適用病床） 8 一般病床</td></tr></table>			1 老人性痴呆疾患療養病棟（医療保険適用病床） 2 老人性痴呆疾患療養病棟（介護保険適用病床） 3 その他の精神病床 4 感染症病床	5 結核病床 6 療養病床（医療保険適用病床） 7 療養病床（介護保険適用病床） 8 一般病床																																																
1 老人性痴呆疾患療養病棟（医療保険適用病床） 2 老人性痴呆疾患療養病棟（介護保険適用病床） 3 その他の精神病床 4 感染症病床	5 結核病床 6 療養病床（医療保険適用病床） 7 療養病床（介護保険適用病床） 8 一般病床																																																				
(10) 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 2 生命の危険がある 3 受け入れ条件が整えば退院可能 4 検査入院 5 その他																																																				
(11) 心身の状況	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">移乗</td> <td>1 自立</td> <td>2 見守りが必要</td> <td>3 一部介助が必要</td> <td>4 全介助が必要</td> </tr> <tr> <td>食事摂取</td> <td>1 自立</td> <td>2 見守りが必要</td> <td>3 一部介助が必要</td> <td>4 全介助が必要</td> </tr> <tr> <td>嚥下</td> <td>1 できる</td> <td>2 見守りが必要</td> <td>3 できない</td> <td></td> </tr> <tr> <td>排便の後始末</td> <td>1 自立</td> <td>2 見守りが必要</td> <td>3 一部介助が必要</td> <td>4 全介助が必要</td> </tr> </table>			移乗	1 自立	2 見守りが必要	3 一部介助が必要	4 全介助が必要	食事摂取	1 自立	2 見守りが必要	3 一部介助が必要	4 全介助が必要	嚥下	1 できる	2 見守りが必要	3 できない		排便の後始末	1 自立	2 見守りが必要	3 一部介助が必要	4 全介助が必要																														
移乗	1 自立	2 見守りが必要	3 一部介助が必要	4 全介助が必要																																																	
食事摂取	1 自立	2 見守りが必要	3 一部介助が必要	4 全介助が必要																																																	
嚥下	1 できる	2 見守りが必要	3 できない																																																		
排便の後始末	1 自立	2 見守りが必要	3 一部介助が必要	4 全介助が必要																																																	

秘

指定統計第66号
患者調査

患者調査

病院外来(奇数)票

記入上の注意

平成17年10月18日～20日（指定された1日）

厚生労働省

※保健所符号	
施設番号	H-
患者番号	

- 1 ※印欄には、記入しないでください。
 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。

(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 → <input type="text"/> 都道府県 ※都道府県コード																																																				
(4) 外来の種別	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 17 年 月 日																																																		
(5) 受療の状況	<p>1 傷病名の診断・治療 傷病名 <input type="text"/> 外傷の原因</p> <p>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</p> <p>外傷の原因(中毒を含む) 記載した傷病名が外傷(中毒を含む)の場合は、下欄から外傷の原因を該当する番号で記入してください。</p> <p>不慮の事故 故意又は不明 ① 自動車交通事故 ⑪ 自傷 ② 自転車交通事故 ⑫ 他傷 ③ その他の交通事故 ⑬ 不明 ④ スポーツ中の事故 ⑤ 転倒・転落 ⑥ 溺水 ⑦ 窒息 ⑧ 煙、火、火災 ⑨ 有害物質(農薬・ガス等) ⑩ ①～⑨以外の原因による不慮の事故</p>																																																				
(6) 診療費等支払方法	<p>1 自費診療 (特定療養費を含む)</p> <p>2 医療保険等、公費負担医療</p> <p>3 介護保険(介護扶助を含む)</p> <p>I (医療保険等) ↓ II (公費負担医療) ↓</p> <table border="1"> <tr> <th>01</th><th>02</th><th>03</th><th>04</th><th>05</th><th>06</th><th>07</th><th>08</th><th>09</th><th>10</th><th>11</th><th>12</th><th>13</th><th>14</th><th>15</th><th>16</th><th>17</th> </tr> <tr> <td>政管健保</td><td>組合健保</td><td colspan="2">共済</td><td rowspan="2">国</td><td colspan="2">退職者医療</td><td rowspan="2">老人保健法</td><td rowspan="2">労災・公務灾害</td><td rowspan="2">自賠法</td><td rowspan="2">その他の</td><td rowspan="2">結核予防法</td><td rowspan="2">精神保健福祉法</td><td rowspan="2">生活保護法</td><td rowspan="2">(医療扶助)</td><td rowspan="2">その他公費</td><td rowspan="2">負担によるもの</td> </tr> <tr> <td>本人</td><td>家族</td><td>人</td><td>族</td><td>本</td><td>家</td><td>人</td><td>族</td><td>保</td><td>人</td><td>族</td><td>人</td><td>族</td><td>人</td><td>族</td> </tr> </table> <p>* 介護保険サービス利用者で、医療保険等又は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。</p>				01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	政管健保	組合健保	共済		国	退職者医療		老人保健法	労災・公務灾害	自賠法	その他の	結核予防法	精神保健福祉法	生活保護法	(医療扶助)	その他公費	負担によるもの	本人	家族	人	族	本	家	人	族	保	人	族	人	族	人	族
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17																																					
政管健保	組合健保	共済		国	退職者医療		老人保健法	労災・公務灾害	自賠法	その他の	結核予防法	精神保健福祉法	生活保護法	(医療扶助)	その他公費	負担によるもの																																					
本人	家族	人	族		本	家											人	族	保	人	族	人	族	人	族																												
(7) 紹介の有無	1 病院から 2 一般診療所から 3 歯科診療所から 4 介護老人福祉施設から 5 介護老人福祉施設から 6 その他から 7 紹介なし																																																				
(8) 救急の状況	[1 救急車により搬送 2 救急外来を受診 3 診療時間外の受診] 4 1～3以外 ----- 救急(複数回答可) -----																																																				

秘

指定統計第66号
患者調査

患者調査

病院(偶数)票

記入上の注意

平成17年10月18日～20日（指定された1日）

- 1 ※印欄には、記入しないでください。
- 2 500～599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。
- 3 600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

厚生労働省

※保健所符号	
施設番号	H-
患者番号	

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

秘

指定統計第66号
患者調査

患者調査

一般診療所票

記入上の注意

※印欄には、記入しないでください。

平成17年10月18・19・21日（指定された1日）

厚生労働省

※保健所符号	
施設番号	C-
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 → <input type="text"/> 都道府県 <small>※都道府県コード</small>																																									
(4) 入院・外来の種別	入院	入院年月日	1 平成 年 月 日 2 昭和																																							
	外	初診	1 通院 2 往診																																							
	来	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17年 月 日																																					
(5) 受療の状況	1 傷病名の診断・治療 <small>傷病名</small> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex-grow: 1; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-right: 10px;"></div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">外傷の原因</div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> 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 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> 外傷の原因（中毒を含む） 記載した傷病名が外傷（中毒を含む）の場合は、下欄から外傷の原因を該当する番号で記入してください。 不慮の事故 故意又は不明 ① 自動車交通事故 ⑪ 自傷 ② 自転車交通事故 ⑫ 他傷 ③ その他の交通事故 ⑬ 不明 ④ スポーツ中の事故 ⑤ 転倒・転落 ⑥ 溺水 ⑦ 窒息 ⑧ 煙、火、火災 ⑨ 有害物質（農薬・ガス等） ⑩ ①～⑨以外の原因による不慮の事故 </div>																																									
(6) 診療費等支払方法	1 自費診療 <small>（特定療養費を含む）</small> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex-grow: 1; border-bottom: 1px solid black; margin-right: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding: 0 5px;">I (医療保険等)</div> <div style="flex-grow: 1; border-bottom: 1px solid black; margin-left: 10px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;">2 医療保険等、公費負担医療</div> <div style="width: 45%;">3 介護保険（介護扶助を含む）</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="width: 45%; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">I (医療保険等)</div> <div style="width: 45%; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">II (公費負担医療)</div> </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">01</td> <td style="width: 5%;">02</td> <td style="width: 5%;">03</td> <td style="width: 5%;">04</td> <td style="width: 5%;">05</td> <td style="width: 5%;">06</td> <td style="width: 5%;">07</td> <td style="width: 5%;">08</td> <td style="width: 5%;">09</td> <td style="width: 5%;">10</td> <td style="width: 5%;">11</td> <td style="width: 5%;">12</td> <td style="width: 5%;">13</td> <td style="width: 5%;">14</td> <td style="width: 5%;">15</td> <td style="width: 5%;">16</td> <td style="width: 5%;">17</td> </tr> <tr> <td>政管健保</td> <td>組合健保</td> <td colspan="2">共済</td> <td rowspan="2">国</td> <td colspan="2">退職者医療</td> <td rowspan="2">老人保健法</td> <td rowspan="2">労災・公務災害</td> <td rowspan="2">自賠法</td> <td rowspan="2">その他の</td> <td rowspan="2">結核予防法</td> <td rowspan="2">精神保健福祉法</td> <td rowspan="2">生活保護法（医療扶助）</td> <td rowspan="2">その他公費負担によるもの</td> </tr> <tr> <td>本人</td> <td>家族</td> <td>本族</td> <td>人族</td> <td>本人</td> <td>家族</td> <td>人族</td> </tr> </table> <p>* 介護保険サービス利用者で、医療保険等又は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。</p>			01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	政管健保	組合健保	共済		国	退職者医療		老人保健法	労災・公務災害	自賠法	その他の	結核予防法	精神保健福祉法	生活保護法（医療扶助）	その他公費負担によるもの	本人	家族	本族	人族	本人	家族	人族
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17																										
政管健保	組合健保	共済		国	退職者医療		老人保健法	労災・公務災害	自賠法	その他の	結核予防法	精神保健福祉法	生活保護法（医療扶助）	その他公費負担によるもの																												
本人	家族	本族	人族		本人	家族									人族																											
(7) 紹介の有無	1 病院から 5 介護老人福祉施設から	2 一般診療所から	3 歯科診療所から 6 その他から	4 介護老人福祉施設から 7 紹介なし																																						
(8) 救急の状況	[1 救急車により搬送 ----- 2 救急外来を受診 ----- 3 診療時間外の受診] 4 1～3以外 <small>救急（複数回答可）</small>																																									
入院のみ	(9) 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 1、2以外																																				
	(10) 入院の状況	1 生命の危険は少ないが入院治療、手術をする 2 生命の危険がある 3 受け入れ条件が整えば退院可能 4 検査入院 5 その他																																								
	(11) 心身の状況	移乗	1 自立	2 見守りが必要	3 一部介助が必要	4 全介助が必要																																				
	療養病床の患者のみ記入してください。	食事摂取	1 自立	2 見守りが必要	3 一部介助が必要	4 全介助が必要																																				
		嚥下	1 できる	2 見守りが必要	3 できない																																					
		排便の後始末	1 自立	2 見守りが必要	3 一部介助が必要	4 全介助が必要																																				



指定統計第66号
患者調査

患者調査

歯科診療所票

記入上の注意

※印欄には、記入しないでください。

平成17年10月18・19・21日（指定された1日）

厚生労働省

※ 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 → <input type="text"/> 都道府県																																														
(4) 外 来 の 種 別	初 診	1 通院 2 訪問診療 平成 17 年 月 日																																													
	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 17 年 月 日																																													
(5) 傷 病 名	<p>下記の傷病名から、1つ選び、該当する番号を記入してください。 15の外因による損傷の場合には、その原因を下記の外傷の原因から1つ選び、該当する番号を記入してください。</p> <p style="text-align: center;">傷病名</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="text"/></td> <td style="width: 50%;"><input type="text"/> 外傷の原因</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">傷病名</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <p>1 う蝕症(C) 2 歯髓炎(Pul)、歯髓の壞疽、変性(Pu壞疽) 3 歯根膜炎(Per) 4 歯槽(根)膿瘍(A A)、歯根囊胞(W Z) 5 歯肉炎(G、単G、増G、潰G、壞G、肥G) 6 慢性歯周炎(P1、P2) 7 慢性歯周炎(P3) 8 智歯周囲炎(Perico)、歯肉膿瘍(GA)、他の歯周疾患 9 他の歯及び歯の支持組織の障害 10 じよく瘍性潰瘍(Dul)、口内炎等 11 他の顎及び口腔の疾患 12 歯の補てつ 13 歯科矯正 14 検査・健康診断(査)及び他の保健サービス 15 外因による損傷</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <p>外傷の原因(中毒を含む)</p> <p>不慮の事故</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 転倒・転落 ⑤ ①～④以外の原因による不慮の事故 <p>故意又は不明</p> <ul style="list-style-type: none"> ⑥ 自傷 ⑦ 他傷 ⑧ 不明 </div>			<input type="text"/>	<input type="text"/> 外傷の原因	<input type="text"/>																																									
<input type="text"/>	<input type="text"/> 外傷の原因																																														
<input type="text"/>																																															
(6) 診療費等支払方法	<p>1 自費診療 (特定療養費を含む)</p> <p>2 医療保険等、公費負担医療</p> <p>3 介護保険(介護扶助を含む)</p> <p>I (医療保険等) ↓ II (公費負担医療)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">01</td> <td style="width: 5%;">02</td> <td style="width: 5%;">03</td> <td style="width: 5%;">04</td> <td style="width: 5%;">05</td> <td style="width: 5%;">06</td> <td style="width: 5%;">07</td> <td style="width: 5%;">08</td> <td style="width: 5%;">09</td> <td style="width: 5%;">10</td> <td style="width: 5%;">11</td> <td style="width: 5%;">12</td> <td style="width: 5%;">13</td> <td style="width: 5%;">14</td> <td style="width: 5%;">15</td> <td style="width: 5%;">16</td> <td style="width: 5%;">17</td> </tr> <tr> <td colspan="2">政管健保</td> <td colspan="2">組合健保</td> <td colspan="2">共 濟</td> <td>国</td> <td colspan="2">退職者医療</td> <td rowspan="2">老人保健法</td> <td rowspan="2">労災・公務災害</td> <td rowspan="2">自 賠 法</td> <td rowspan="2">そ の 他</td> <td rowspan="2">結核予防法</td> <td rowspan="2">精神保健福祉法</td> <td rowspan="2">生活保護法</td> <td rowspan="2">（医療扶助）</td> <td rowspan="2">負担によるもの</td> </tr> <tr> <td>本 人</td> <td>家 族</td> <td>本 人</td> <td>家 族</td> <td>本 人</td> <td>家 族</td> <td>保</td> <td>本 人</td> <td>家 族</td> </tr> </table> <p>* 介護保険サービス利用者で、医療保険等又は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。</p>			01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	政管健保		組合健保		共 濟		国	退職者医療		老人保健法	労災・公務災害	自 賠 法	そ の 他	結核予防法	精神保健福祉法	生活保護法	（医療扶助）	負担によるもの	本 人	家 族	本 人	家 族	本 人	家 族	保	本 人	家 族
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17																															
政管健保		組合健保		共 濟		国	退職者医療		老人保健法	労災・公務災害	自 賠 法	そ の 他	結核予防法	精神保健福祉法	生活保護法	（医療扶助）	負担によるもの																														
本 人	家 族	本 人	家 族	本 人	家 族	保	本 人	家 族																																							



患者調査

病院退院票

記入上の注意

※印欄には、記入しないでください。

平成17年9月1日～30日

厚生労働省

※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 → <input type="text"/> 都道府県 <input type="text"/> 市郡 <input type="text"/> 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 年 月 日	退院年月日	平成17年 9月 日																																								
(5) 受療の状況	<p>該当するものを1つ選び○印をつけてください。 なお、「1」の場合は傷病名又は外傷の原因(中毒を含む。)を記入してください。</p> <p>1 傷病名の診断・治療 傷病名 <input type="text"/> 外傷の原因 <input type="checkbox"/> 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</p> <p>外傷の原因(中毒を含む) 記載した傷病名が外傷(中毒を含む)の場合は、下欄から外傷の原因を該当する番号で記入してください。</p> <p>不慮の事故 故意又は不明 ① 自動車交通事故 ⑪ 自傷 ② 自転車交通事故 ⑫ 他傷 ③ その他の交通事故 ⑬ 不明 ④ スポーツ中の事故 ⑤ 転倒・転落 ⑥ 溺水 ⑦ 窒息 ⑧ 煙、火、火災 ⑨ 有害物質(農薬・ガス等) ⑩ ①～⑨以外の原因による不慮の事故 </p>																																											
(6) 手術の有無	1 有 <input type="checkbox"/> 手術日 <input type="text"/> 2 無 <input type="text"/>	1 平成 年 月 日	手術名 いづれか1つに○をする	1 開頭手術 6 内視鏡下手術 2 開胸手術 7 シヤント設置術 3 開腹手術 (人工透析を目的としたもの) 4 筋骨格系手術 8 眼内レンズ挿入術 5 腹腔鏡下手術 9 体外衝撃波結石破碎術 10 その他																																								
(7) 診療費等支払方法	<p>該当するものすべてを選択してください。</p> <p>* 介護保険サービス利用者で、医療保険等又は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。</p> <p>1 自費診療 (特定療養費を含む) 2 医療保険等、公費負担医療 3 介護保険(介護扶助を含む)</p> <p>I (医療保険等) II (公費負担医療)</p> <table border="1"> <tr> <th>01</th><th>02</th><th>03</th><th>04</th><th>05</th><th>06</th><th>07</th><th>08</th><th>09</th><th>10</th><th>11</th><th>12</th><th>13</th><th>14</th><th>15</th><th>16</th><th>17</th> </tr> <tr> <td>政管健保</td><td>組合健保</td><td colspan="2">共済</td><td rowspan="2">国</td><td colspan="2">退職者医療</td><td rowspan="2">老人保健法</td><td rowspan="2">労災・公務灾害</td><td rowspan="2">自賠法</td><td rowspan="2">その他の</td><td rowspan="2">結核予防法</td><td rowspan="2">精神保健福祉法</td><td rowspan="2">生活保護法</td><td rowspan="2">(医療扶助)</td><td rowspan="2">その他の公費</td> </tr> <tr> <td>本人族</td><td>本族</td><td>本族</td><td>本族</td><td>保</td><td>人</td><td>族</td> </tr> </table>				01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	政管健保	組合健保	共済		国	退職者医療		老人保健法	労災・公務灾害	自賠法	その他の	結核予防法	精神保健福祉法	生活保護法	(医療扶助)	その他の公費	本人族	本族	本族	本族	保	人	族
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17																												
政管健保	組合健保	共済		国	退職者医療		老人保健法	労災・公務灾害	自賠法	その他の	結核予防法	精神保健福祉法	生活保護法	(医療扶助)	その他の公費																													
本人族	本族	本族	本族		保	人										族																												
(8) 病床の種別	精神病床	<p>1 老人性痴呆疾患療養病棟(医療保険適用病床) 2 老人性痴呆疾患療養病棟(介護保険適用病床) 3 その他の精神病床 4 感染症病床</p> <p>5 結核病床 6 療養病床(医療保険適用病床) 7 療養病床(介護保険適用病床) 8 一般病床</p>																																										
(9) 入院前の場所	<p>家庭</p> <p>[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 当院に通院]</p> <p>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</p> <p>8 社会福祉施設に入所 9 その他(新生児・不明等)</p>																																											
(10) 転帰	1 治癒 2 軽快 3 不変 4 悪化 5 死亡 6 その他																																											
(11) 退院後の行き先	<p>家庭</p> <p>[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 当院に通院]</p> <p>他の病院・診療所に入院</p> <p>[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]</p> <p>8 介護老人保健施設に入所 9 介護老人福祉施設に入所</p> <p>10 社会福祉施設に入所 11 その他(新生児・不明等)</p>																																											

*(10)転帰で「5死
亡」の場合は記入の必要
はありません。

秘

指定統計第66号
患者調査

患者調査

一般診療所退院票

記入上の注意

※印欄には、記入しないでください。

平成17年9月1日～30日

厚生労働省

※保健所符号	
施設番号	C-
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 → <input type="text"/> 都道府県 <div style="float: right; margin-top: -20px;">※都道府県 コード <input type="text"/> <input type="text"/></div>													
(4) 入院・退院年月日	入院年月日	1 平成 年 月 日	退院年月日	平成17年 9月 日										
(5) 受療の状況	<p>該当するものを1つ選び○印をつけてください。 なお、「1」の場合は傷病名又は外傷の原因(中毒を含む。)を記入してください。</p> <p>1 傷病名の診断・治療 傷病名 <input type="text"/> 外傷の原因 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>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</p> <p>外傷の原因(中毒を含む) 記載した傷病名が外傷(中毒を含む)の場合は、下欄から外傷の原因を該当する番号で記入してください。</p> <p>不慮の事故 故意又は不明 ① 自動車交通事故 ⑪ 自傷 ② 自転車交通事故 ⑫ 他傷 ③ その他の交通事故 ⑬ 不明 ④ スポーツ中の事故 ⑤ 転倒・転落 ⑥ 溺水 ⑦ 窒息 ⑧ 煙、火、火災 ⑨ 有害物質(農薬・ガス等) ⑩ ①～⑨以外の原因による不慮の事故 </p>													
(6) 手術の有無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 <input type="checkbox"/>	手術日	1 平成 年 月 日	手術名 いづれか1つに○をする	1 開頭手術 6 内視鏡下手術 2 開胸手術 7 シヤント設置術 3 開腹手術 (人工透析を目的としたもの) 4 筋骨格系手術 8 眼内レンズ挿入術 5 腹腔鏡下手術 9 体外衝撃波結石破碎術 10 その他									
(7) 診療費等支払方法	<p>1 自費診療 (特定療養費を含む)</p> <p>2 医療保険等、公費負担医療</p> <p>3 介護保険(介護扶助を含む)</p>													
I (医療保険等)				II (公費負担医療)										
01 政管健保	02 組合健保	03 共済	04 国	05 退職者医療	06 老人保健法	07 労災・公務災害	08 自賠法	09 その他の	10 結核予防法	11 精神保健福祉法	12 生活保護法 (医療扶助)	13 その他の公費	14 負担によるもの	
本人	家族	本人	家	本人	家族	保	人	族	人	人	人	人	人	
* 介護保険サービス利用者で、医療保険等又は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。														
(8) 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 1、2以外					
(9) 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 当院に通院 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)													
(10) 転帰	1 治癒 2 軽快 3 不変 4 悪化 5 死亡 6 その他													
(11) 退院後の行き先	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 当院に通院 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(新生児・不明等)													

* (10)転帰で「5 死亡」の場合は記入の必要はありません。