

統計法に基づく
基幹統計調査

患者調査(案)

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23年10月18・19・21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 当院と同じ都道府県内 2 当院とは別の都道府県 → <input type="text"/> 都道府県																																	
(4) 外来の種別	初診	1 通院 2 訪問診療		前回診療(訪問)月日 平成 23 年 月 日																														
	再来	3 通院 4 訪問診療 5 歯科医師以外の訪問																																
(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。) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>01</td><td>う蝕症(C)</td></tr> <tr><td>02</td><td>歯髄炎(Pul)、歯髄壊疽(Pu壊疽)、歯髄壊死(Pu壊死)</td></tr> <tr><td>03</td><td>歯根膜炎(Per)</td></tr> <tr><td>04</td><td>歯槽膿瘍(AA)、歯根嚢胞(WZ)</td></tr> <tr><td>05</td><td>歯肉炎(G)</td></tr> <tr><td>06</td><td>慢性歯周炎(P)</td></tr> <tr><td>07</td><td>歯肉膿瘍(GA)、その他の歯周疾患</td></tr> <tr><td>08</td><td>智歯周囲炎(Perico)</td></tr> <tr><td>09</td><td>その他の歯及び歯の支持組織の障害</td></tr> <tr><td>10</td><td>じよく瘡性潰瘍(Dul)、口内炎(Stom)等</td></tr> <tr><td>11</td><td>その他の顎及び口腔の疾患</td></tr> <tr><td>12</td><td>歯の補てつ(冠、ブリッジ、有床義歯、インプラント)</td></tr> <tr><td>13</td><td>歯科矯正</td></tr> <tr><td>14</td><td>外因による損傷</td></tr> <tr><td>15</td><td>検査・健康診断(査)及びその他の保健医療サービス</td></tr> </table>				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
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	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td rowspan="2" style="vertical-align: top;"> 1 自費診療 (保険外併用療養費を含む) </td> <td rowspan="2" style="vertical-align: middle;">→</td> <td colspan="2">I (医療保険等)</td> </tr> <tr> <td> 01 健康保険・各種共済組合(本人) 02 健康保険・各種共済組合(家族) 03 国民健康保険 04 退職者医療 </td> <td> 05 高齢者医療 (後期高齢者医療制度) 06 労働災害・公務災害 07 自動車損害賠償保障法 08 その他 </td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="vertical-align: top;"> 2 医療保険等、 公費負担医療 </td> <td rowspan="2" style="vertical-align: middle;">→</td> <td colspan="2">II (公費負担医療)</td> </tr> <tr> <td> 09 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 10 障害者自立支援法(育成医療、更正医療、精神通院医療) 11 生活保護法(医療扶助) 12 その他の公費負担によるもの </td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="vertical-align: top;"> 3 介護保険 (介護扶助を含む) </td> <td rowspan="2" style="vertical-align: middle;">→</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p>該当するものすべてに○印をつけてください。</p> <p>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。</p>				1 自費診療 (保険外併用療養費を含む)	→	I (医療保険等)		01 健康保険・各種共済組合(本人) 02 健康保険・各種共済組合(家族) 03 国民健康保険 04 退職者医療	05 高齢者医療 (後期高齢者医療制度) 06 労働災害・公務災害 07 自動車損害賠償保障法 08 その他	2 医療保険等、 公費負担医療	→	II (公費負担医療)		09 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 10 障害者自立支援法(育成医療、更正医療、精神通院医療) 11 生活保護法(医療扶助) 12 その他の公費負担によるもの		3 介護保険 (介護扶助を含む)	→																
1 自費診療 (保険外併用療養費を含む)	→	I (医療保険等)																																
		01 健康保険・各種共済組合(本人) 02 健康保険・各種共済組合(家族) 03 国民健康保険 04 退職者医療	05 高齢者医療 (後期高齢者医療制度) 06 労働災害・公務災害 07 自動車損害賠償保障法 08 その他																															
2 医療保険等、 公費負担医療	→	II (公費負担医療)																																
		09 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 10 障害者自立支援法(育成医療、更正医療、精神通院医療) 11 生活保護法(医療扶助) 12 その他の公費負担によるもの																																
3 介護保険 (介護扶助を含む)	→																																	