

別記様式第一

秘

総務庁承認 No
承認期限 平成 年 月 日まで
原 年 月 日 - 年 月 日
平成 年 月 日 登録

病 院 報 告 (患者票)

平成 年 月 分

都道府県名

施設名

保健所名

所在地

※

保 健 所 符 号									
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※

整 理 番 号									
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

区 分	在 院 患 者 数	月 末 在 院 患 者 数	新 入 院 患 者 数	同 一 医 療 機 関 内 の 他 の 病 床 から 移 され た 患 者 数	退 院 患 者 数	同 一 医 療 機 関 内 の 他 の 病 床 へ 移 され た 患 者 数	月 病 床 数	未 病 床 数
総 数								

精 神 病 床	(1)							
感 染 症 病 床	(2)							
結 核 病 床	(3)							
そ の 他 の 病 床	(4)							
療 養 型 病 床 群 (再 掲)	(5)							

外 来 患 者 延 数							
-------------	--	--	--	--	--	--	--

新 生 児 (患 者 を 除 く。)	在 院 新 生 児 延	新 入 院 新 生 児 数	退 院 新 生 児 数

備 考	
-----	--

- 注： 1 ※印は保健所で記入すること。
 2 療養型病床群を有する診療所については、当該療養型病床群に関してのみ「療養型病床群（再掲）」(5)欄に記入すること。