



総務省承認 No 23447
承認期限 平成18年3月31日まで

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 数	同一医療機関内の他の病床から移された患者数	退 患 者 数	同一医療機関内の他の病床へ移された患者数	月 末 病 床 数
総 数							
精 神 病 床 (1)							
感 染 症 病 床 (2)							
結 核 病 床 (3)							
療 養 病 床 (4)							
一 般 病 床 (5)							

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

備 考	
-----	--

- 注：1 ※印は保健所で記入すること。
2 療養病床を有する診療所については、当該療養病床に関してのみ「療養病床」(4)欄に記入すること。