患者調査

病院入院（奇数）票

厚生労働省

㊙ 指定統計第66号

※保健所符号	
施設番号	H-
患者番号	

記入上の注意
※印欄には、記入しないでください。

平成14年10月8～10日（指定された1日）

(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 → 都道府県 ／ 市郡 ／ 区町村

※市区町村コード

(4) 入院年月日

入院年月日　1 平成　2 昭和　年　月　日

(5) 受療の状況

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。

1 傷病の診断・治療

傷病名	外傷の原因

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

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
① 自動車交通事故
② その他の交通事故
③ スポーツ中の事故
④ 転倒・転落
⑤ 溺水
⑥ 窒息
⑦ 煙、火、火災
⑧ 有害物質（農薬・ガス等）
⑨ ①～⑧以外の原因による不慮の事故

故意又は不明
⑩ 自傷
⑪ 他傷
⑫ 不明

(6) 診療費等支払方法

該当するものすべてを選択してください。

※ 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。

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）

I（医療保険等）　II（公費負担医療）

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		国保	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 その他の公費
本人	家族	本人	家族	本人	家族		本人	家族								

(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 介護老人保健施設から
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］（救急（複数回答可））　4 1～3以外

(9) 病床の種別

精神病床［1 老人性痴呆疾患療養病棟　2 その他の精神病床］
3 感染症病床
4 結核病床
5 療養病床（療養型病床群を含む）
6 老人病床
7 一般病床（経過的その他の病床を含む）

(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

老人性痴呆疾患療養病棟、療養病床（療養型病床群）、老人病床の患者のみ記入してください。

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

SAMPLE