



指定統計第66号  
患者調査

# 患者調査

厚生労働省

## 歯科診療所票

※保健所符号	
施設番号	D-
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17年10月18・19・21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 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> <input type="text"/>													
(4) 外来の種類別	初診	1 通院 2 訪問診療		前回診療（訪問）月日 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															
(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> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>傷病名</p> <p>傷病名</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 う蝕症(C)</li> <li>2 歯髄炎(Pul)、歯髄の壊疽、変性(Pu壊疽)</li> <li>3 歯根膜炎(Per)</li> <li>4 歯槽(根)膿瘍(AA)、歯根嚢胞(WZ)</li> <li>5 歯肉炎(G、単G、増G、潰G、壊G、肥G)</li> <li>6 慢性歯周炎(P<sub>1</sub>、P<sub>2</sub>)</li> <li>7 慢性歯周炎(P<sub>3</sub>)</li> <li>8 智歯周囲炎(Perico)、歯肉膿瘍(GA)、その他の歯周疾患</li> <li>9 その他の歯及び歯の支持組織の障害</li> <li>10 じょく瘡性潰瘍(Dul)、口内炎等</li> <li>11 その他の顎及び口腔の疾患</li> <li>12 歯の補てつ</li> <li>13 歯科矯正</li> <li>14 検査・健康診断(査)及びその他の保健サービス</li> <li>15 外因による損傷</li> </ol> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>外傷の原因</p> <p>外傷の原因(中毒を含む)</p> <p>不慮の事故</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 自動車交通事故</li> <li>② 自転車交通事故</li> <li>③ その他の交通事故</li> <li>④ 転倒・転落</li> <li>⑤ ①～④以外の原因による不慮の事故</li> </ol> <p>故意又は不明</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>⑥ 自傷</li> <li>⑦ 他傷</li> <li>⑧ 不明</li> </ol> </div> </div>																
(6) 診療費等支払方法	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 (特定療養費を含む)	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)	その他の公費 負担によるもの	
本 人	家 族	本 人	家 族	本 人	家 族		本 人	家 族									

〔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。