



統計法に基づく  
基幹統計調査

# 患者調査

## 歯科診療所票

平成23年10月18・19・21日（指定された1日）

厚生労働省

※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。

(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		
	再来	3 通院 4 訪問診療 5 歯科医師以外の訪問	} → 前回診療（訪問）月日 平成 23 年 月 日	
(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。）			
	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;">           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 じょく瘡性潰瘍（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         </div>			
(6) 診療費等 支払方法	1 自費診療（保険外併用療養費を含む）			
該当するものすべてに○印をつけてください。  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選択してください。	2 医療保険等、公費負担医療		I（医療保険等）	
	3 介護保険（介護扶助を含む）		II（公費負担医療）	
			01 健康保険・各種共済組合（本人） 05 高齢者医療（後期高齢者医療制度） 02 健康保険・各種共済組合（家族） 06 労働災害・公務災害 03 国民健康保険 07 自動車損害賠償保障法 04 退職者医療 08 その他	
			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、更生医療、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	