



統計法に基づく国の基幹統計調査です。  
調査票情報の秘密の保護に万全を期します。

# 患者調査 病院外来(奇数)票



厚生労働省 政府統計

平成29年10月17日～19日(指定された1日)

記入上の注意

- ※印欄には、記入しないでください。
- 20～499床の病院については生年月日の末尾が1,3,5,7,9日の患者について作成してください。
- 500～599床の病院については生年月日の末尾が1,3,5,7日の患者について作成してください。
- 600床以上の病院については生年月日の末尾が3,5,7日の患者について作成してください。

※保健所符号	
施設番号	H-
患者番号	

(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 往診		
	再来	3 通院 4 往診 5 訪問診療 6 医師以外の訪問		
		前回診療(訪問)月日 平成 29 年 月 日		
(5) 受療の状況	1 傷病の診断・治療 2 正常分娩(単胎自然分娩) 3 正常妊娠・産じよくの管理 4 健康者に対する検査、健康診断(査)・管理 5 予防接種 6 その他の保健サービス ↳ 裏面へ			
(主傷病名については、発病の型、病因、部位、性状、重症度等も記入してください。  例： ・アルコール性急性膵炎 ・慢性腎臓病、ステージ4 ・胃噴門部の悪性新生物 ・未分化大細胞型リンパ腫、ALK陰性 ・後天性溶血性貧血	(1) 主傷病名			
	(主傷病名が「慢性肝炎」、「肝硬変」又は「肝及び肝内胆管の悪性新生物」の場合は、該当するものに○印をつけてください。)			
	肝疾患の状況 1 B型肝炎ウイルス(HBV)陽性 2 C型肝炎ウイルス(HCV)陽性 3 B型肝炎ウイルス(HBV)及びC型肝炎ウイルス(HCV)ともに陽性 4 B型肝炎ウイルス(HBV)及びC型肝炎ウイルス(HCV)ともに陰性			
	(主傷病名が外傷(中毒を含む)の場合は、該当するものに○印をつけてください。)			
「15精神疾患」とは、以下の疾患をいいます。  ・アルツハイマー病を含む認知症 ・精神作用物質による精神及び行動の障害 ・統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 ・気分[感情]障害 ・神経症性障害 ・てんかん ・その他の精神及び行動の障害  (ただし「知的障害<精神遅滞>」は除きます。)	外傷の原因 (中毒を含む)		不慮の事故 1 自動車交通事故 2 自転車交通事故 3 その他の交通事故 4 スポーツ中の事故 5 転倒・転落 6 1～5以外の原因による不慮の事故	
	故意又は不明 7 自傷 8 他傷 9 不明			
(2) 副傷病名(該当するものすべてに○印をつけてください。)				
01 副傷病なし 02 糖尿病(合併症を伴わないもの) 03 糖尿病(性)腎症 04 糖尿病(性)眼合併症 05 糖尿病(性)神経障害 06 03～05以外の合併症を伴う糖尿病 07 肥満(症) 08 脂質異常症(高コレステロール血症等) 09 高血圧(症) 10 虚血性心疾患 11 脳卒中 12 閉塞性末梢動脈疾患 13 大動脈疾患(大動脈解離、大動脈瘤) 14 慢性腎臓病(慢性腎不全等) 15 精神疾患 16 その他の疾患				

裏面に続きます。



<p>(6) 診療費等支払方法</p> <p>〔該当するものすべてに○印をつけてください。〕</p> <p>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。</p>	<p>1 自費診療 (保険外併用療養費を含む)</p> <p>2 医療保険等、 公費負担医療</p> <p>3 介護保険 (介護扶助を含む)</p> <p>→ I (医療保険等)</p> <p>01 健康保険・各種共済組合(本人)</p> <p>02 健康保険・各種共済組合(家族)</p> <p>03 国民健康保険</p> <p>04 退職者医療</p> <p>05 高齢者医療 (後期高齢者医療制度)</p> <p>06 労働災害・公務災害</p> <p>07 自動車損害賠償保障法</p> <p>08 その他</p> <p>→ II (公費負担医療)</p> <p>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</p> <p>10 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律 (育成医療、更生医療、精神通院医療)</p> <p>11 生活保護法(医療扶助)</p> <p>12 その他の公費負担によるもの</p>
<p>(7) 紹介の状況</p>	<p>1 病院から</p> <p>2 一般診療所から</p> <p>3 歯科診療所から</p> <p>4 介護老人保健施設から</p> <p>5 介護老人福祉施設から</p> <p>6 その他から</p> <p>7 紹介なし</p>
<p>(8) 来院時の状況</p>	<p>救急の受診</p> <p>1 通常を受診</p> <p>2 救急車により搬送</p> <p>3 徒歩や自家用車等による救急の受診</p> <hr/> <p>(「2」又は「3」の場合は、どちらかに○印をつけてください。)</p> <p>1 診療時間内の受診</p> <p>2 診療時間外の受診</p>