秘

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

歯科診療所票

厚生労働省　政府統計

記入上の注意

※印欄には、記入しないでください。

令和5年10月17・18・20日（指定された1日）

※保健所符号	
施設番号	D －
患者番号	

（1）性　別	1 男　2 女	(2) 出生年月日	1 令和　2 平成　3 昭和　4 大正　5 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 → [　　] 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	「3」～「5」の場合は、月日を記入してください。 前回診療月日又は前回訪問月日 令　和　5　年　　月　　日
	4 訪問診療	
	5 歯科医師以外の訪問	

（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。）

- 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)
- 13 歯の欠損補てつ(ブリッジ、有床義歯、インプラント)
- 14 歯科矯正
- 15 外因による損傷
- 16 検査・健康診断(査)及びその他の保健医療サービス

（6）診療費等支払方法

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。

1 自費診療（保険外併用療養費を含む）

2 医療保険等、公費負担医療

Ⅰ（医療保険等）

- 01 健康保険・各種共済組合(本人)
- 02 健康保険・各種共済組合(家族)
- 03 国民健康保険
- 04 退職者医療
- 05 高齢者医療（後期高齢者医療制度）
- 06 労働災害・公務災害
- 07 自動車損害賠償保障法
- 08 その他

Ⅱ（公費負担医療）

- 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）
- 11 生活保護法(医療扶助)
- 12 その他の公費負担によるもの

3 介護保険（介護扶助を含む）

SAMPLE