

平成 23 年に実施する患者調査 調査票（案）

- | | |
|--------------|-----------|
| 資料 2 - 3 - 1 | 病院入院（奇数）票 |
| 資料 2 - 3 - 2 | 病院外来（奇数）票 |
| 資料 2 - 3 - 3 | 病院（偶数）票 |
| 資料 2 - 3 - 4 | 一般診療所票 |
| 資料 2 - 3 - 5 | 歯科診療所票 |
| 資料 2 - 3 - 6 | 病院退院票 |
| 資料 2 - 3 - 7 | 一般診療所退院票 |

患者調査(案)

病院入院(奇数)票

資料2-3-1

厚生労働省

平成23年10月18日～20日(指定された1日)

※保健所符号

施設番号 H-

患者番号

記入上の注意

- 1 ※印欄には、記入しないでください。
- 2 500～599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。
- 3 600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。

| | | | | |
|--|---|-----------|---------------------|-------|
| (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 当院と同じ市区町村内 2 当院とは別の市区町村 → 都道 市 区 府県 郡 町村 (患者の住所が東京都区部又は政令指定都市(※)で、貴院の所在地と区が異なる場合は、2を○で囲み、区の名称まで記入してください。 (※)政令指定都市は、札幌市、仙台市、さいたま市、千葉市、横浜市、川崎市、相模原市、新潟市、静岡市、浜松市、名古屋市、京都市、大阪市、堺市、神戸市、岡山市、広島市、北九州市、福岡市をいいます。) | | | |
| (4) 入院年月日 | 入院年月日 | 1 平成 | 年 月 日 | 2 昭和 |
| (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 その他の保健サービス | | | |
| (主傷病名については、発病の型(例:急性)、病因(例:病原体名)、部位(例:胃噴門部がん)、性状(例:病理組織型)等もできるだけ記入してください。) (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。)) | (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。) 不慮の事故 故意又は不明 外傷の原因 (1 自動車交通事故 4 スポーツ中の事故) (7 自傷) (中毒を含む) (2 自転車交通事故 5 転倒・転落) (8 他傷) (3 その他の交通事故 6 1～5以外の原因による不慮の事故) (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) 07 肥満(症) 12 閉塞性末梢動脈疾患 03 糖尿病(性)腎症 08 高脂血症(脂質異常症) 13 大動脈疾患 04 糖尿病(性)眼合併症 09 高血圧(症) (大動脈解離、大動脈瘤) 05 糖尿病(性)神経障害 10 虚血性心疾患 14 慢性腎不全(慢性腎臓病) 06 03～05以外の合併症を伴う糖尿病 11 脳卒中 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) 05 高齢者医療 (後期高齢者医療制度)</p> <p>02 健康保険・各種共済組合(家族) 06 労働災害・公務災害</p> <p>03 国民健康保険 07 自動車損害賠償保障法</p> <p>04 退職者医療 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 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(措置入院)</p> <p>11 障害者自立支援法(育成医療、更正医療)</p> <p>12 生活保護法(医療扶助)</p> <p>13 その他の公費負担によるもの</p> |
| <p>(7) 病床の種別</p> | <p>1 精神病床 4 療養病床(医療保険適用病床)</p> <p>2 感染症病床 5 療養病床(介護保険適用病床)</p> <p>3 結核病床 6 一般病床</p> |
| <p>(8) 紹介の状況</p> | <p>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</p> <p>5 介護老人福祉施設から 6 その他から 7 紹介なし</p> |
| <p>(9) 来院時の状況</p> | <p>救急の受診</p> <p>1 通常の受診 2 救急車により搬送 3 徒歩や自家用車等による救急の受診</p> <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 2 診療時間外の受診</p> |
| <p>(10) 入院の状況</p> <p>調査日現在の状況を選択してください。</p> | <p>1 生命の危険は少ないが入院治療を要する 4 検査入院</p> <p>2 生命の危険がある 5 その他</p> <p>3 受け入れ条件が整えば退院可能</p> |

患者調査(案)
病院外来(奇数)票

厚生労働省

平成23年10月18日～20日(指定された1日)

記入上の注意

- 1 ※印欄には、記入しないでください。
- 2 500～599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。
- 3 600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 → 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 23 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・産じょくの管理 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 | | | |
| (主傷病名については、発病の型(例:急性)、病因(例:病原体名)、部位(例:胃噴門部がん)、性状(例:病理組織型)等もできるだけ記入してください。) ※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、精神遅滞等は除きます) | (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。 不慮の事故 故意又は不明 外傷の原因 (1 自動車交通事故 4 スポーツ中の事故) (7 自傷) (中毒を含む) (2 自転車交通事故 5 転倒・転落) (8 他傷) (3 その他の交通事故 6 1～5以外の原因による不慮の事故) (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) 07 肥満(症) 12 閉塞性末梢動脈疾患 03 糖尿病(性)腎症 08 高脂血症(脂質異常症) 13 大動脈疾患 (大動脈解離、大動脈瘤) 04 糖尿病(性)眼合併症 09 高血圧(症) 14 慢性腎不全(慢性腎臓病) 05 糖尿病(性)神経障害 10 虚血性心疾患 15 精神疾患 06 03～05以外の合併症を伴う糖尿病 11 脳卒中 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) 05 高齢者医療 (後期高齢者医療制度)</p> <p>02 健康保険・各種共済組合(家族) 06 労働災害・公務災害</p> <p>03 国民健康保険 07 自動車損害賠償保障法</p> <p>04 退職者医療 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 障害者自立支援法(育成医療、更正医療、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 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</p> <p>5 介護老人福祉施設から 6 その他から 7 紹介なし</p> |
| <p>(8) 来院時の状況</p> | <p>救急の受診</p> <p>1 通常の受診 (2 救急車により搬送 3 徒歩や自家用車等による救急の受診)</p> <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 2 診療時間外の受診</p> |



統計法に基づく
基幹統計調査

患者調査(案)

資料2-3-3

病院(偶数)票

厚生労働省

記入上の注意

平成23年10月18日～20日(指定された1日)

| | |
|--------|----|
| ※保健所符号 | |
| 施設番号 | H- |
| 調査票番号 | |

- ※印欄には、記入しないでください。
- 500～599床の病院については生年月日の末尾が0、2、4、6、8、9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0、1、2、4、6、8、9日の患者について作成してください。

どちらかに○をつけてください

| | |
|------|------|
| 1 入院 | 2 外来 |
|------|------|

| 患者番号 | 性 別 | 出 生 年 月 日 |
|------|---------|---------------------------|
| 1 | 1 男 2 女 | 1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治 年 月 日 |
| 2 | 1 男 2 女 | 1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治 年 月 日 |
| 3 | 1 男 2 女 | 1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治 年 月 日 |
| 4 | 1 男 2 女 | 1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治 年 月 日 |
| 5 | 1 男 2 女 | 1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治 年 月 日 |
| 6 | 1 男 2 女 | 1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治 年 月 日 |
| 7 | 1 男 2 女 | 1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治 年 月 日 |
| 8 | 1 男 2 女 | 1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治 年 月 日 |
| 9 | 1 男 2 女 | 1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治 年 月 日 |
| 10 | 1 男 2 女 | 1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治 年 月 日 |
| 11 | 1 男 2 女 | 1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治 年 月 日 |
| 12 | 1 男 2 女 | 1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治 年 月 日 |
| 13 | 1 男 2 女 | 1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治 年 月 日 |
| 14 | 1 男 2 女 | 1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治 年 月 日 |
| 15 | 1 男 2 女 | 1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治 年 月 日 |
| 16 | 1 男 2 女 | 1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治 年 月 日 |
| 17 | 1 男 2 女 | 1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治 年 月 日 |
| 18 | 1 男 2 女 | 1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治 年 月 日 |
| 19 | 1 男 2 女 | 1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治 年 月 日 |
| 20 | 1 男 2 女 | 1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治 年 月 日 |

この調査票に記入した患者数

人

患者調査(案)

一般診療所票

資料2-3-4

厚生労働省

平成23年10月18・19・21日(指定された1日)

※保健所符号

施設番号 C-

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) 入院・外来の種別等 | 入院 | 入院年月日 | 1 平成 2 昭和 | 年 月 日 |
| | 外来 | 1 通院 2 往診 | 3 通院 5 訪問診療 4 往診 6 医師以外の訪問 | } → 前回診療(訪問)月日 平成 23 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 | | | |
| (主傷病名については、発病の型(例:急性)、病因(例:病原体名)、部位(例:胃噴門部がん)、性状(例:病理組織型)等もできるだけ記入してください。) 「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、精神遅滞等は除きます。) | (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。) 不慮の事故 故意又は不明 外傷の原因 (中毒を含む) 1 自動車交通事故 4 スポーツ中の事故 7 自傷 2 自転車交通事故 5 転倒・転落 8 他傷 3 その他の交通事故 6 1~5以外の原因による不慮の事故 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) 07 肥満(症) 12 閉塞性末梢動脈疾患 03 糖尿病(性)腎症 08 高脂血症(脂質異常症) 13 大動脈疾患 04 糖尿病(性)眼合併症 09 高血圧(症) (大動脈解離、大動脈瘤) 05 糖尿病(性)神経障害 10 虚血性心疾患 14 慢性腎不全(慢性腎臓病) 06 03~05以外の合併症を伴う糖尿病 11 脳卒中 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) → I (医療保険等)</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) → II (公費負担医療)</p> <p>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)</p> <p>02 健康保険・各種共済組合(家族) 06 労働災害・公務災害</p> <p>03 国民健康保険 07 自動車損害賠償保障法</p> <p>04 退職者医療 08 その他</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 障害者自立支援法(育成医療、更正医療、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 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</p> <p>5 介護老人福祉施設から 6 その他から 7 紹介なし</p> |
| <p>(8) 来院時の状況</p> | <p>救急の受診</p> <p>1 通常の受診 2 救急車により搬送 3 徒歩や自家用車等による救急の受診</p> <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 2 診療時間外の受診</p> |
| <p>(9) 病床の種別</p> | <p>1 療養病床 (医療保険適用病床) 2 療養病床 (介護保険適用病床) 3 一般病床</p> |
| <p>入院のみ</p> <p>(10) 入院の状況</p> <p>調査日現在の状況を選択してください。</p> | <p>1 生命の危険は少ないが入院治療を要する 4 検査入院</p> <p>2 生命の危険がある 5 その他</p> <p>3 受け入れ条件が整えば退院可能</p> |



統計法に基づく
基幹統計調査

患者調査(案)

資料2-3-5

歯科診療所票

厚生労働省

記入上の注意

※印欄には、記入しないでください。

平成23年10月18・19・21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 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: 5px;"> 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 じよく瘡性潰瘍(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 | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <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記入してください。</p> </div> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; vertical-align: top;"> 1 自費診療 (保険外併用療養費を含む) </td> <td style="width: 10%; text-align: center;">→</td> <td style="width: 40%;"> I (医療保険等) </td> <td style="width: 30%;"></td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> 2 医療保険等、公費負担医療 </td> <td style="text-align: center;">→</td> <td> 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 </td> <td> 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 </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> 3 介護保険 (介護扶助を含む) </td> <td style="text-align: center;">→</td> <td> II (公費負担医療) </td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td> 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、更正医療、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 </td> <td></td> </tr> </table> | | | | 1 自費診療 (保険外併用療養費を含む) | → | I (医療保険等) | | 2 医療保険等、公費負担医療 | → | 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 | 3 介護保険 (介護扶助を含む) | → | 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 障害者自立支援法(育成医療、更正医療、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 | |
| 1 自費診療 (保険外併用療養費を含む) | → | I (医療保険等) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 医療保険等、公費負担医療 | → | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 介護保険 (介護扶助を含む) | → | 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 障害者自立支援法(育成医療、更正医療、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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

病院退院票

厚生労働省

平成23年9月1日～30日

記入上の注意

※印欄には、記入しないでください。

※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 当院と同じ市区町村内 2 当院とは別の市区町村→ _____ 都道 _____ 市 _____ 区 _____ 府県 _____ 郡 _____ 町村 患者の住所が東京都区部又は政令指定都市(※)で、貴院の所在地と区が異なる場合は、 2.を○で囲み、区の名称まで記入してください。 (※)政令指定都市は、札幌市、仙台市、さいたま市、千葉市、横浜市、川崎市、相模原市、 新潟市、静岡市、浜松市、名古屋市、京都市、大阪市、堺市、神戸市、 岡山市、広島市、北九州市、福岡市をいいます。 | | | |
| (4) 過去の入院の有無 | 1 有 → 退院年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 2 無 過去の入院とは、主傷病(※)に関連した貴院における入院であって、退院日が「(5)入院年月日」 から遡って過去30日以内の場合に限ります。(退院年が平成の場合のみ。) (※)主傷病とは、「(7)受療の状況」の「(1)主傷病名」に記載する疾患をいいます。 | | | |
| (5) 入院年月日 | 1 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 2 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 | | | |
| (6) 退院年月日 | 平成 23 年 9 月 日 | | | |
| (7) 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 その他の保健サービス | | | |
| (主傷病名について は、発病の型(例:急 性)、病因(例:病原体 名)、部位(例:胃噴門 部がん)、性状(例:病 理組織型)等もできる だけ記入してくださ 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。) | (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。 不慮の事故 故意又は不明 外傷の原因 (中毒を含む) 1 自動車交通事故 4 スポーツ中の事故 7 自傷 2 自転車交通事故 5 転倒・転落 8 他傷 3 その他の交通事故 6 1~5以外の原因による不慮の事故 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 07 肥満(症) 12 閉塞性末梢動脈疾患 02 糖尿病(合併症を伴わないもの) 08 高脂血症(脂質異常症) 13 大動脈疾患 03 糖尿病(性)腎症 09 高血圧(症) (大動脈解離、大動脈瘤) 04 糖尿病(性)眼合併症 10 虚血性心疾患 14 慢性腎不全(慢性腎臓病) 05 糖尿病(性)神経障害 11 脳卒中 15 精神疾患 06 03~05以外の合併症を伴う糖尿病 16 その他の疾患 | | | |

裏面に続きます。

患者調査(案)

一般診療所退院票

平成23年9月1日～30日

記入上の注意

※印欄には、記入しないでください。

※保健所符号

施設番号 C-

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) 過去の入院の有無 | 1 有 → 退院年月日 平成 年 月 日 2 無 (過去の入院とは、主傷病(※)に関連した貴院における入院であって、退院日が(5)入院年月日から遡って過去30日以内の場合に限ります。(退院年が平成の場合のみ。) (※)主傷病とは、(7)受療の状況の(1)主傷病名に記載する疾患をいいます。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (5) 入院年月日 | 1 平成 年 月 日 2 昭和 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (6) 退院年月日 | 平成 23 年 9 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (7) 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 その他の保健サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (主傷病名については、発病の型(例:急性)、病因(例:病原体名)、部位(例:胃噴門部がん)、性状(例:病理組織型)等もできるだけ記入してください。) (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。)) | (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。) <table border="1"> <tr> <td rowspan="3">外傷の原因 (中毒を含む)</td> <td colspan="2">不慮の事故</td> <td colspan="2">故意又は不明</td> </tr> <tr> <td>1 自動車交通事故</td> <td>4 スポーツ中の事故</td> <td>7 自傷</td> <td rowspan="3">9 不明</td> </tr> <tr> <td>2 自転車交通事故</td> <td>5 転倒・転落</td> <td>8 他傷</td> </tr> <tr> <td>3 その他の交通事故</td> <td>6 1～5以外の原因による不慮の事故</td> <td></td> </tr> </table> | | | | 外傷の原因 (中毒を含む) | 不慮の事故 | | 故意又は不明 | | 1 自動車交通事故 | 4 スポーツ中の事故 | 7 自傷 | 9 不明 | 2 自転車交通事故 | 5 転倒・転落 | 8 他傷 | 3 その他の交通事故 | 6 1～5以外の原因による不慮の事故 |
| 外傷の原因 (中毒を含む) | 不慮の事故 | | 故意又は不明 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 自動車交通事故 | 4 スポーツ中の事故 | 7 自傷 | 9 不明 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2 自転車交通事故 | 5 転倒・転落 | 8 他傷 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 その他の交通事故 | 6 1～5以外の原因による不慮の事故 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (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) 07 肥満(症) 12 閉塞性末梢動脈疾患 03 糖尿病(性)腎症 08 高脂血症(脂質異常症) 13 大動脈疾患 (大動脈解離、大動脈瘤) 04 糖尿病(性)眼合併症 09 高血圧(症) 14 慢性腎不全(慢性腎臓病) 05 糖尿病(性)神経障害 10 虚血性心疾患 15 精神疾患 06 03～05以外の合併症を伴う糖尿病 11 脳卒中 16 その他の疾患 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|--|--|--|----------------------------|--|--|
| <p>(8) 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> | <table border="0"> <tr> <td>1 自費診療 (保険外併用療養費を含む)</td> <td rowspan="4"> 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 </td> <td rowspan="4"> 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 </td> </tr> <tr> <td>2 医療保険等、 公費負担医療</td> </tr> <tr> <td>3 介護保険 (介護扶助を含む)</td> <td rowspan="2"> 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 障害者自立支援法(育成医療、更正医療) 11 生活保護法(医療扶助) 12 その他の公費負担によるもの </td> </tr> <tr> <td></td> </tr> </table> | 1 自費診療 (保険外併用療養費を含む) | 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 | 2 医療保険等、 公費負担医療 | 3 介護保険 (介護扶助を含む) | 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 障害者自立支援法(育成医療、更正医療) 11 生活保護法(医療扶助) 12 その他の公費負担によるもの | |
| 1 自費診療 (保険外併用療養費を含む) | 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 | | | | | | |
| 2 医療保険等、 公費負担医療 | | | | | | | | |
| 3 介護保険 (介護扶助を含む) | | | | | 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 障害者自立支援法(育成医療、更正医療) 11 生活保護法(医療扶助) 12 その他の公費負担によるもの | | | |
| | | | | | | | | |
| <p>(9) 病床の種別</p> | <p>1 療養病床 (医療保険適用病床) 2 療養病床 (介護保険適用病床) 3 一般病床</p> | | | | | | | |
| <p>(10) 入院前の場所</p> | <p>家庭</p> <p>[1 当院に通院 2 他の病院・診療所に通院 3 在宅医療(訪問診療・訪問看護等) 4 その他]</p> <p>5 他の病院・診療所に入院 6 介護老人保健施設に入所 7 介護老人福祉施設に入所</p> <p>8 社会福祉施設に入所 9 その他(新生児・不明等)</p> | | | | | | | |
| <p>(11) 来院時の状況</p> | <p>救急の受診</p> <p>1 通常の受診 [2 救急車により搬送 3 徒歩や自家用車等による救急の受診]</p> <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 2 診療時間外の受診</p> | | | | | | | |
| <p>(12) 手術の有無</p> | <table border="0"> <tr> <td>1 有</td> <td>手術日</td> <td>平成 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>2 無</td> <td>手術名 いずれか 1つに○ をする</td> <td> 1 開頭手術 4 筋骨格系手術(四肢体幹) 7 その他の内視鏡下手術 2 開胸手術 5 腹腔鏡下手術 8 経皮的血管内手術 3 開腹手術 6 胸腔鏡下手術 9 その他 </td> </tr> </table> | 1 有 | 手術日 | 平成 年 月 日 | 2 無 | 手術名 いずれか 1つに○ をする | 1 開頭手術 4 筋骨格系手術(四肢体幹) 7 その他の内視鏡下手術 2 開胸手術 5 腹腔鏡下手術 8 経皮的血管内手術 3 開腹手術 6 胸腔鏡下手術 9 その他 | |
| 1 有 | 手術日 | 平成 年 月 日 | | | | | | |
| 2 無 | 手術名 いずれか 1つに○ をする | 1 開頭手術 4 筋骨格系手術(四肢体幹) 7 その他の内視鏡下手術 2 開胸手術 5 腹腔鏡下手術 8 経皮的血管内手術 3 開腹手術 6 胸腔鏡下手術 9 その他 | | | | | | |
| <p>(13) 転帰</p> | <p>1 治癒 2 軽快 3 不変 4 悪化 5 死亡 6 その他</p> | | | | | | | |
| <p>(14) 退院後の行き先</p> <p>(13)転帰で「5 死亡」の場合は記入の必要はありません。</p> | <p>家庭</p> <p>[1 当院に通院 2 他の病院・診療所に通院 3 在宅医療(訪問診療・訪問看護等) 4 その他]</p> <p>他の病院・診療所に入院</p> <p>[5 地域医療支援病院・特定機能病院 6 その他の病院 7 診療所]</p> <p>8 介護老人保健施設に入所 9 介護老人福祉施設に入所</p> <p>10 社会福祉施設に入所 11 その他(不明等)</p> | | | | | | | |