

平成 17 年患者調査

調査票 (案)

- ・ 病院入院(奇数)票
- ・ 病院外来(奇数)票
- ・ 病院(偶数)票
- ・ 一般診療所票
- ・ 歯科診療所票
- ・ 病院退院票
- ・ 一般診療所退院票



指定統計第66号

患者調査

(案) 患者調査

厚生労働省

病院入院(奇数)票

※保健所符号	
施設番号	H-
患者番号	

記入上の注意

- ※印欄には、記入しないでください。
- 大規模(500床以上)の病院については生年月日の末尾が3、5、7日の患者のみ作成してください。

平成17年10月18~20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 病院と同じ市区町村内			※市区町村コード																																																																				
	2 病院とは別の市区町村 →			都道府県 市郡 区町村																																																																				
(4) 入院年月日	入院年月日 1 平成 2 昭和 年 月 日																																																																							
(5) 受療の状況	<p>1 傷病の診断・治療</p> <p>傷病名 <input type="text"/> 外傷の原因 <input type="text"/></p> <p>2 正常分娩(単胎自然分娩)</p> <p>3 正常妊娠・産じよくの管理</p> <p>4 健康者に対する検査、健康診断(査)・管理</p> <p>5 その他の保健サービス</p> <p>外傷の原因(中毒を含む)</p> <p>記載した傷病名が外傷(中毒を含む)の場合は、下欄から外傷の原因を該当する番号で記入してください。</p> <p>不慮の事故 故意又は不明</p> <p>① 自動車交通事故 ⑪ 自傷</p> <p>② 自転車交通事故 ⑫ 他傷</p> <p>③ その他の交通事故 ⑬ 不明</p> <p>④ スポーツ中の事故</p> <p>⑤ 転倒・転落</p> <p>⑥ 溺水</p> <p>⑦ 窒息</p> <p>⑧ 煙、火、火災</p> <p>⑨ 有害物質(農薬・ガス等)</p> <p>⑩ ①~⑨以外の原因による不慮の事故</p>																																																																							
(6) 診療費等支払方法	<p>1 自費診療 2 医療保険等、公費負担医療 3 介護保険(介護扶助を含む)</p> <p>(特定療養費を含む)</p> <p>I (医療保険等) II (公費負担医療)</p> <table border="1"> <tr> <td>01</td><td>02</td><td>03</td><td>04</td><td>05</td><td>06</td><td>07</td><td>08</td><td>09</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td> </tr> <tr> <td colspan="2">政管健保</td> <td colspan="2">組合健保</td> <td colspan="2">共済</td> <td>国保</td> <td colspan="2">退職者医療</td> <td>老人保健法</td> <td>労災・公務災害</td> <td>自賠法</td> <td>その他</td> <td>結核予防法</td> <td>精神保健福祉法</td> <td>生活保護法(医療扶助)</td> <td>負担によるもの その他の公費</td> </tr> <tr> <td>本</td><td>家</td><td>本</td><td>家</td><td>本</td><td>家</td><td></td><td>本</td><td>家</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>人</td><td>族</td><td>人</td><td>族</td><td>人</td><td>族</td><td>保</td><td>人</td><td>族</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <p>* 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。</p>				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)	負担によるもの その他の公費	本	家	本	家	本	家		本	家									人	族	人	族	人	族	保	人	族								
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)	負担によるもの その他の公費																																																								
本	家	本	家	本	家		本	家																																																																
人	族	人	族	人	族	保	人	族																																																																
(7) 紹介の有無	<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>																																																																							
(8) 救急の状況	<p>[1 救急車により搬送 2 救急外来を受診 3 診療時間外を受診] 4 1~3以外</p> <p>救急(複数回答可)</p>																																																																							
(9) 病床の種別	<p>精神病床</p> <p>1 老人性痴呆疾患療養病棟(医療保険適用病床) 6 療養病床(医療保険適用病床)</p> <p>2 老人性痴呆疾患療養病棟(介護保険適用病床) 7 療養病床(介護保険適用病床)</p> <p>3 その他の精神病床 8 一般病床</p> <p>4 感染症病床</p> <p>5 結核病床</p>																																																																							
(10) 入院の状況	<p>1 生命の危険は少ないが入院治療、手術を要する</p> <p>2 生命の危険がある</p> <p>3 受け入れ条件が整えば退院可能</p> <p>4 検査入院</p> <p>5 その他</p>																																																																							
(11) 心身の状況	移乗	1 自立	2 見守りが必要	3 一部介助が必要	4 全介助が必要																																																																			
<p>老人性痴呆疾患療養病棟、療養病床の患者のみ記入してください。</p>	食事摂取	1 自立	2 見守りが必要	3 一部介助が必要	4 全介助が必要																																																																			
	嚥下	1 できる	2 見守りが必要	3 できない																																																																				
	排便の後始末	1 自立	2 見守りが必要	3 一部介助が必要	4 全介助が必要																																																																			



指定統計第66号
患者調査

(案)
患者調査

厚生労働省

病院外来(奇数)票

※保健所符号	
施設番号	H-
患者番号	

記入上の注意

- ※印欄には、記入しないでください。
- 大規模(500床以上)の病院については生年月日の末尾が3、5、7日の患者のみ作成してください。

平成17年10月18~20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 病院と同じ都道府県内			※都道府県コード																																																																														
	2 病院とは別の都道府県 → <input type="text"/> 都道府県			<input type="text"/>																																																																														
(4) 外来の種別	初診	1 通院 2 往診	前回診療(訪問)月日 平成 17 年 月 日																																																																															
	再来	3 通院 4 往診 5 訪問診療 6 医師以外の訪問																																																																																
(5) 受療の状況	<p>該当するものを1つ選び○印をつけてください。</p> <p>なお、「1」の場合は傷病名又は外傷の原因(中毒を含む。)を記入してください。</p> <p>1 傷病の診断・治療</p> <table border="1"> <tr> <td>傷病名</td> <td>外傷の原因</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> <p>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</p> <p>外傷の原因(中毒を含む)</p> <p>記載した傷病名が外傷(中毒を含む)の場合は、下欄から外傷の原因を該当する番号で記入してください。</p> <p>不慮の事故 故意又は不明</p> <table border="0"> <tr> <td>① 自動車交通事故</td> <td>⑪ 自傷</td> </tr> <tr> <td>② 自転車交通事故</td> <td>⑫ 他傷</td> </tr> <tr> <td>③ その他の交通事故</td> <td>⑬ 不明</td> </tr> <tr> <td>④ スポーツ中の事故</td> <td></td> </tr> <tr> <td>⑤ 転倒・転落</td> <td></td> </tr> <tr> <td>⑥ 溺水</td> <td></td> </tr> <tr> <td>⑦ 窒息</td> <td></td> </tr> <tr> <td>⑧ 煙、火、火災</td> <td></td> </tr> <tr> <td>⑨ 有害物質(農薬・ガス等)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>⑩ ①~⑨以外の原因による不慮の事故</td> <td></td> </tr> </table>				傷病名	外傷の原因	<input type="text"/>	<input type="text"/>	① 自動車交通事故	⑪ 自傷	② 自転車交通事故	⑫ 他傷	③ その他の交通事故	⑬ 不明	④ スポーツ中の事故		⑤ 転倒・転落		⑥ 溺水		⑦ 窒息		⑧ 煙、火、火災		⑨ 有害物質(農薬・ガス等)		⑩ ①~⑨以外の原因による不慮の事故																																																							
傷病名	外傷の原因																																																																																	
<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																	
① 自動車交通事故	⑪ 自傷																																																																																	
② 自転車交通事故	⑫ 他傷																																																																																	
③ その他の交通事故	⑬ 不明																																																																																	
④ スポーツ中の事故																																																																																		
⑤ 転倒・転落																																																																																		
⑥ 溺水																																																																																		
⑦ 窒息																																																																																		
⑧ 煙、火、火災																																																																																		
⑨ 有害物質(農薬・ガス等)																																																																																		
⑩ ①~⑨以外の原因による不慮の事故																																																																																		
(6) 診療費等支払方法	<p>1 自費診療 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)</p> <p>↓</p> <table border="1"> <tr> <th colspan="10">I (医療保険等)</th> <th colspan="7">II (公費負担医療)</th> </tr> <tr> <td>01</td><td>02</td><td>03</td><td>04</td><td>05</td><td>06</td><td>07</td><td>08</td><td>09</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td> </tr> <tr> <td colspan="2">政管健保</td> <td colspan="2">組合健保</td> <td colspan="2">共済</td> <td rowspan="2">国保</td> <td colspan="2">退職者医療</td> <td rowspan="2">老人保健法</td> <td rowspan="2">労災・公務災害</td> <td rowspan="2">自賠法</td> <td rowspan="2">その他</td> <td rowspan="2">結核予防法</td> <td rowspan="2">精神保健福祉法</td> <td rowspan="2">生活保護法</td> <td rowspan="2">(医療扶助)</td> <td rowspan="2">負担によるもの その他の公費</td> </tr> <tr> <td>本</td><td>家</td><td>本</td><td>家</td><td>本</td><td>家</td> <td>本</td><td>家</td> </tr> <tr> <td>人</td><td>族</td><td>人</td><td>族</td><td>人</td><td>族</td><td>保</td><td>人</td><td>族</td><td>法</td><td>害</td><td>法</td><td>他</td><td>法</td><td>法</td><td>法</td><td>法</td><td>もの</td> </tr> </table>				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)	負担によるもの その他の公費	本	家	本	家	本	家	本	家	人	族	人	族	人	族	保	人	族	法	害	法	他	法	法	法	法	もの
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)	負担によるもの その他の公費																																																																	
本	家	本	家	本	家		本	家																																																																										
人	族	人	族	人	族	保	人	族	法	害	法	他	法	法	法	法	もの																																																																	
(7) 紹介の有無	<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>																																																																																	
(8) 救急の状況	<p>[1 救急車により搬送 2 救急外来を受診 3 診療時間外の受診] 4 1~3以外</p> <p>救急(複数回答可)</p>																																																																																	

(案)

患者調査

厚生労働省



指定統計第66号
患者調査

病院(偶数)票

※保健所符号	
施設番号	H-
患者番号	

記入上の注意

- ※印欄には、記入しないでください。
- 大規模(500床以上)の病院については生年月日の末尾が3、5、7日以外の患者について作成してください。

平成17年10月18~20日(指定された1日)

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

(案)



指定統計第66号
患者調査

患者調査

厚生労働省

一般診療所票

※保健所番号	
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。

平成 17 年 10 月 18～21 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		※都道府県 コード														
	2 診療所とは別の都道府県		→	都道府県													
(4) 入院・外来の種別	入院	入院年月日	1 平成 2 昭和	年 月 日													
	外来	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 17 年 月 日													
(5) 受療の状況	<p>該当するものを1つ選び○印をつけてください。</p> <p>なお、「1」の場合は傷病名又は外傷の原因(中毒を含む。)を記入してください。</p> <p>1 傷病の診断・治療</p> <p>傷病名 <input type="text"/> 外傷の原因 <input type="text"/></p> <p>2 正常分娩 (単胎自然分娩)</p> <p>3 正常妊娠・産じよくの管理</p> <p>4 健康者に対する検査、健康診断 (査) ・管理</p> <p>5 予防接種</p> <p>6 その他の保健サービス</p> <p>外傷の原因 (中毒を含む)</p> <p>記載した傷病名が外傷 (中毒を含む) の場合は、下欄から外傷の原因を該当する番号で記入してください。</p> <p>不慮の事故 故意又は不明</p> <p>① 自動車交通事故 ⑪ 自傷</p> <p>② 自転車交通事故 ⑫ 他傷</p> <p>③ その他の交通事故 ⑬ 不明</p> <p>④ スポーツ中の事故</p> <p>⑤ 転倒・転落</p> <p>⑥ 溺水</p> <p>⑦ 窒息</p> <p>⑧ 煙、火、火災</p> <p>⑨ 有害物質 (農薬・ガス等)</p> <p>⑩ ①～⑨以外の原因による不慮の事故</p>																
(6) 診療費等支払方法	1 自費診療 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	組健保		共 済		国		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)	負担によるもの その他の公費	
本 人	家 族	本 人	家 族	本 人	家 族	保 人	家 族	本 人									家 族
(7) 紹介の有無	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		5 介護老人福祉施設から		6 その他から		7 紹介なし						
(8) 救急の状況	[1 救急車により搬送 2 救急外来を受診 3 診療時間外の受診] 4 1～3以外																
(9) 病床の種別	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 1、2以外												
(10) 入院の状況	1 生命の危険は少ないが入院治療、手術を要する																
	2 生命の危険がある																
(11) 心身の状況	3 受け入れ条件が整えば退院可能																
	4 検査入院																
	5 その他																
入院の み	移乗		1 自立	2 見守りが必要	3 一部介助が必要	4 全介助が必要											
	食事摂取		1 自立	2 見守りが必要	3 一部介助が必要	4 全介助が必要											
	嚥下		1 できる	2 見守りが必要	3 できない	4 全介助が必要											
	排便の後始末		1 自立	2 見守りが必要	3 一部介助が必要	4 全介助が必要											

(案)

患者調査

歯科診療所票

厚生労働省



指定統計第66号
患者調査

※保健所符号	
施設番号	D-
患者番号	

記入上の注意

平成 17 年 10 月 18～21 日 (指定された1日)

※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 診療所と同じ都道府県内			※都道府県 コ ー ト																																																																								
	2 診療所とは別の都道府県 → <input type="text"/> 都道府県																																																																											
(4) 外来の種別	初診	1 通院 2 訪問診療		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> <p style="text-align: center;">傷病名</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td style="width: 100px; height: 30px;"></td><td style="width: 100px; height: 30px;">外傷の原因</td></tr> </table> <p style="text-align: center;">傷病名</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 65%;"> <p>傷病名</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 う蝕症 (C) 2 歯髄炎 (Pul)、歯髄の壊疽、変性 (Pu壊疽) 3 歯根膜炎 (Per) 4 歯槽 (根) 膿瘍 (AA)、歯根嚢胞 (WZ) 5 歯肉炎 (G、単G、増G、潰G、壊G、肥G) 6 慢性歯周炎 (P₁、P₂) 7 慢性歯周炎 (P₃) 8 智歯周囲炎 (Perico)、歯肉膿瘍 (GA)、その他の歯周疾患 9 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)、口内炎等 11 その他の顎及び口腔の疾患 12 歯の補てつ 13 歯科矯正 14 検査・健康診断 (査) 及びその他の保健サービス 15 外因による損傷 </div> <div style="width: 30%;"> <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"> 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 転倒・転落 ⑤ ①～④以外の原因による不慮の事故 <p>故意又は不明</p> <ol style="list-style-type: none"> ⑥ 自傷 ⑦ 他傷 ⑧ 不明 </div> </div>					外傷の原因																																																																						
	外傷の原因																																																																											
(6) 診療費等支払方法 <small>(該当するものすべてを選択してください。)</small>	1 自費診療			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)																																																																					
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="10">I (医療保険等)</th> <th colspan="7">II (公費負担医療)</th> </tr> <tr> <td>01</td><td>02</td><td>03</td><td>04</td><td>05</td><td>06</td><td>07</td><td>08</td><td>09</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td> </tr> <tr> <td colspan="2">政管健保</td><td colspan="2">組合健保</td><td colspan="2">共 済</td><td rowspan="2">国 保</td><td colspan="2">退職者医療</td><td rowspan="2">老人保健法</td><td rowspan="2">労災・公務災害</td><td rowspan="2">自 賠 法</td><td rowspan="2">そ の 他</td><td rowspan="2">結 核 予 防 法</td><td rowspan="2">精 神 保 健 福 祉 法</td><td rowspan="2">生 活 保 護 法 (医療扶助)</td><td rowspan="2">負 担 によるもの その 他 の 公 費</td> </tr> <tr> <td>本 人</td><td>家 族</td><td>本 人</td><td>家 族</td><td>本 人</td><td>家 族</td><td>本 人</td><td>家 族</td> </tr> </table>																	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)	負 担 によるもの その 他 の 公 費	本 人	家 族	本 人	家 族	本 人	家 族	本 人	家 族
	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)	負 担 によるもの その 他 の 公 費																																																												
本 人	家 族	本 人	家 族	本 人	家 族		本 人	家 族																																																																				
<p>* 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。</p>																																																																												



指定統計第66号
患者調査

(案)
患者調査

厚生労働省

病院退院票

※保健所符号	
施設番号	H-
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 9 月 1 ~ 30 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 病院と同じ市区町村内			※市区町村コード														
	2 病院とは別の市区町村 →			都道府県 市 区 町村														
(4) 入院・退院年月日	入院年月日	1 平成 2 昭和	年 月 日	退院年月日 平成 17 年 9 月 日														
(5) 受療の状況	<p>1 傷病の診断・治療</p> <p>傷病名</p> <p>外傷の原因</p> <p>2 正常分娩 (単胎自然分娩)</p> <p>3 正常妊娠・産じよくの管理</p> <p>4 健康者に対する検査、健康診断 (査) ・管理</p> <p>5 その他の保健サービス</p> <p>外傷の原因 (中毒を含む)</p> <p>記載した傷病名が外傷 (中毒を含む) の場合は、下欄から外傷の原因を該当する番号で記入してください。</p> <p>不慮の事故 故意又は不明</p> <p>① 自動車交通事故 ⑪ 自傷</p> <p>② 自転車交通事故 ⑫ 他傷</p> <p>③ その他の交通事故 ⑬ 不明</p> <p>④ スポーツ中の事故</p> <p>⑤ 転倒・転落</p> <p>⑥ 溺水</p> <p>⑦ 窒息</p> <p>⑧ 煙、火、火災</p> <p>⑨ 有害物質 (農薬・ガス等)</p> <p>⑩ ①~⑨以外の原因による不慮の事故</p>																	
(6) 手術の有無	1 有 2 無	手術日	1 平成 2 昭和	年 月 日														
		手術名	1 開頭手術 2 開胸手術 3 開腹手術 4 筋骨格系手術 (四肢体幹) 5 腹腔鏡下手術	6 内視鏡下手術 7 シヤント設置術 (人工透析を目的としたもの) 8 眼内レンズ挿入術 9 体外衝撃波結石破碎術 10 その他														
(7) 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 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	退職者医療	老人保健法	労災・公務災害	自賠	その他	結核予防法	精神保健福祉法	生活保護法	(医療扶助)	負担によるもの				
	本	家	本	家	本	家	保	本	家	人	族	法	他	法	法	法	法	
	人	族	人	族	人	族	人	族	人	族	人	族	人	族	人	族	人	族
(8) 病床の種別	精神病床			1 老人性痴呆疾患療養病棟 (医療保険適用病床) 2 老人性痴呆疾患療養病棟 (介護保険適用病床) 3 その他の精神病床 4 感染症病床 5 結核病床			6 療養病床 (医療保険適用病床) 7 療養病床 (介護保険適用病床) 8 一般病床											
(9) 入院前の場所	家庭																	
	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																	
	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 8 社会福祉施設に入所 9 その他 (新生児・不明等)																	
(10) 転帰	1 治癒 2 軽快 3 不変 4 悪化 5 死亡 6 その他																	
(11) 退院後の行き先	家庭																	
	* (10)転帰で「5死亡」の場合は記入の必要はありません。																	
	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																	
	他の病院・診療所に入院																	
	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																	
	8 介護老人保健施設に入所 9 介護老人福祉施設に入所 10 社会福祉施設に入所 11 その他 (不明等)																	



指定統計第66号
患者調査

(案)

患者調査

厚生労働省

一般診療所退院票

※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。

平成17年9月1~30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		※都道府県コード														
	2 診療所とは別の都道府県 → <input type="text"/> 都道府県																
(4) 入院・退院年月日	入院年月日	1 平成 2 昭和	年 月 日	退院年月日 平成17年 9月 日													
(5) 受療の状況	<p>該当するものを1つ選び○印をつけてください。</p> <p>なお、「1」の場合は傷病名又は外傷の原因(中毒を含む。)を記入してください。</p> <p>1 傷病の診断・治療</p> <p>傷病名 <input type="text"/> 外傷の原因 <input type="text"/></p> <p>2 正常分娩(単胎自然分娩)</p> <p>3 正常妊娠・産じょくの管理</p> <p>4 健康者に対する検査、健康診断(査)・管理</p> <p>5 その他の保健サービス</p> <p>外傷の原因(中毒を含む)</p> <p>記載した傷病名が外傷(中毒を含む)の場合は、下欄から外傷の原因を該当する番号で記入してください。</p> <p>不慮の事故 故意又は不明</p> <p>① 自動車交通事故 ⑪ 自傷</p> <p>② 自転車交通事故 ⑫ 他傷</p> <p>③ その他の交通事故 ⑬ 不明</p> <p>④ スポーツ中の事故</p> <p>⑤ 転倒・転落</p> <p>⑥ 溺水</p> <p>⑦ 窒息</p> <p>⑧ 煙、火、火災</p> <p>⑨ 有害物質(農薬・ガス等)</p> <p>⑩ ①~⑨以外の原因による不慮の事故</p>																
(6) 手術の有無	1 有 2 無	手術日	1 平成 2 昭和	年 月 日													
		手術名	手術名														
		いずれか一つに○をする	1 開頭手術 6 内視鏡下手術	2 開胸手術 7 シヤント設置術(人工透析を目的としたもの)													
			3 開腹手術 8 眼内レンズ挿入術	4 筋骨格系手術(四肢体幹) 9 体外衝撃波結石破碎術													
			5 腹腔鏡下手術 10 その他														
(7) 診療費等支払方法	1 自費診療 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)	負担によるもの			
	本	家	本	家	本	家	本	家	本	家	本	家	本	家	本	家	本
	人	族	人	族	人	族	保	人	族	法	害	法	他	法	法	法	費
(8) 病床の種別	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 1、2以外												
(9) 入院前の場所	家庭																
	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																
	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																
	8 社会福祉施設に入所 9 その他(新生児・不明等)																
(10) 転帰	1 治癒 2 軽快 3 不変 4 悪化 5 死亡 6 その他																
(11) 退院後の行き先	家庭																
	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																
	他の病院・診療所に入院																
	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																
	8 介護老人保健施設に入所 9 介護老人福祉施設に入所																
	10 社会福祉施設に入所 11 その他(不明等)																