



(9) 診療状況				(17) 表示診療時間の状況 合計は時間単位とし、01～59分の分単位は全て0.5時間とみなし記入してください。											
9月30日24時現在の在院患者数		人		通常の1週間の診療時間				時間							
9月中の退院患者数		人													
9月中の外来患者延数		人													
初診の患者の数(再掲)		人		表示診療時間 通常診療している時間帯すべてに○をつけてください。											
(10) 処方状況等 9月中の実施状況を記入してください。				曜日											
外来患者への処方数(9月中の延回数)		院内処方数		午前		午後		18時～19時	19時～20時	20時～21時	21時～22時	22時以降			
		院外処方箋交付数		回		回		月曜日	1	2	3	4	5	6	7
医療用麻薬の処方		1	有	火曜日		1		2		3		4		5	
		2	無	水曜日		1		2		3		4		5	
(11) 診療所の種類 いずれかひとつに○				木曜日											
1 一般診療業務を主とする				1											
2 相談・指導業務を主とする				2											
3 採血及び供血を主とする				3											
4 検診業務(集団・個別)を主とする				4											
5 検査業務を主とする				5											
6 人工透析を主とする				6											
7 巡回診療を主とする				7											
8 休日夜間急患センター				8											
9 介護保険サービス提供を主とする				9											
(12) 期間診療所等 あてはまるものすべてに○				(18) 受動喫煙対策の状況 各項目について、いずれかひとつに○											
1 特定の期間(季節)にのみ診療を行う診療所				敷地内を全面禁煙				1 禁煙にしている							
2 事業所内の診療所								2 禁煙にしていない							
3 市町村保健センター内の診療所				特定屋外喫煙場所を設置				1 設置している							
4 該当なし								2 設置していない							
(13) 退院調整支援担当者 いる場合は10月1日現在の人数を記入してください。				(19) 診療録電子化(電子カルテ)の状況											
1 いる ( ) 人 *入退院支援加算の施設基準を満たす場合のみ				1 医療機関全体で電子化している				電子化予定時期							
2 いない				2 医療機関内の一部で電子化している				1 令和5年度							
				3 今後電子化する予定がある				2 令和6年度							
				4 電子化する予定なし				3 令和7年度							
								4 令和8年度以降							
(14) 救急医療体制 各項目について、いずれかひとつに○				(20) 医療情報の電子化の状況											
救急告示の有無 1 有 2 無				(19) 診療録電子化(電子カルテ)を「1 電子化している」または「2 一部で電子化している」を選択している場合のみ記入してください。											
在宅当番医制 1 有 2 無				データの保管を行う場所 あてはまるものすべてに○											
精神科救急医療体制 1 体制あり 2 体制なし				1 医療機関内にあるサーバ機器等で保管											
夜間(深夜も含む)の救急対応				2 外部の事業者へ委託して保管				ASP・SaaS(クラウド型)利用の有無							
		対応している		3 対応していない		1 有		2 無							
1 ほぼ毎日		2 ほぼ毎日以外													
(15) 専門外来の設置 あてはまるものすべてに○				データの利用範囲 いずれかひとつに○											
1 禁煙外来				1 医療機関内のみで利用											
2 助産師外来				2 他の医療機関等と連携して利用				他の医療機関等とのネットワークの有無							
(16) 委託の状況 あてはまるものひとつに○				1 有				2 無							
		全部委託		一部委託		委託していない									
給食(患者用)		1		2		3									
滅菌(治療用具)		1		2		3									
保守点検業務(医療機器)		1		2		3									
検体検査		1		2		3									
感染性廃棄物処理		1		2		3									
清掃		1		2		3									
				患者への情報提供の方法 あてはまるものすべてに○											
				1 紙面・フィルム等により情報提供している											
				2 電子的な方法でデータ自体を提供している											
				3 情報提供していない											
				SS-MIX標準化ストレージ いずれかひとつに○											
				1 実装している				2 実装していない							







(13) 技工物作成の委託の状況 各項目について、あてはまるものひとつに○					(19) 在宅医療サービスの実施状況 実施の有無に○をつけ、9月中の件数を記入してください。															
国内で 作成	1 委託している → 委託先歯科技工所数 (カ所) ※9月中の委託先歯科技工所数を 記入してください。				医療保険等による在宅サービス 1 実施している 2 実施していない															
	2 委託していない																			
国外で 作成	1 委託している				訪問診療(居宅) 01 件															
	2 委託していない				訪問診療(病院・診療所) 02 件															
(14) 受動喫煙対策の状況 各項目について、いずれかひとつに○					訪問診療(介護施設等) 03 件															
					訪問歯科衛生指導 04 件															
敷地内を全面禁煙		1 禁煙にしている			介護保険による在宅サービス 1 実施している 2 実施していない															
		2 禁煙にしていない																		
特定屋外喫煙場所を設置		1 設置している			居宅療養管理指導(歯科医師による) 05 件															
		2 設置していない			居宅療養管理指導(歯科衛生士等による) 06 件															
(15) 診療録電子化(電子カルテ)の状況																				
1 電子化している																				
2 今後電子化する予定がある →																				
3 電子化する予定なし																				
					電子化 予定時期		1 令和5年度													
							2 令和6年度													
							3 令和7年度													
							4 令和8年度以降													
(16) 医療安全体制 各項目について、あてはまるものひとつに○																				
	歯科 医師	歯科 衛生士	その他	配置 して いない	(20) 介護保険施設の協力歯科医療機関															
医療安全体制(全般)の責任者	1	2	3	4	1 協力歯科医療機関になっている															
院内感染防止対策の責任者	1	2	3	4	2 協力歯科医療機関になっていない															
医療機器安全管理責任者	1	2	3	4	(21) 従事者数 10月1日現在の数を記入してください。															
医薬品安全管理責任者	1	2	3	4	職 種															
医療放射線安全管理の責任者	1	2	3	4	「非常勤」従事者の 常勤換算した人数															
					(小点数以下 第2位四捨五入) 「0.1」「1.0」等、 「0」を省略せずに 記入してください。															
					↓小点数															
(17) 歯科設備 保有しているものすべてに○																				
1 歯科診療台 ( 台) ※ 歯科診療台を保有している場合は台数を記入してください。					01	歯科医師														
2 デンタル・パノラマX線装置					02	医師														
3 歯科用CT装置					03	歯科衛生士														
4 手術用顕微鏡					04	歯科技工士														
5 滅菌機器(オートクレーブ等)					職 種					「常勤」と「非常勤」 従事者の 実人員					「非常勤」 従事者の常勤換算 した人数					
6 ポータブル歯科ユニット																				
7 歯科用CAD/CAM装置																				
8 デジタル印象採得装置																				
9 口腔外バキューム																				
(18) インプラント手術の実施状況 いずれかに○																				
実施の有無に○をつけ、9月中の実施件数を記入してください。 9月中の実施件数がない場合は0件と記入してください。																				
1 実施している → 9月中の実施件数 ( 件 )																				
2 実施していない																				
05 薬剤師																				
06 看護師																				
07 准看護師																				
08 歯科業務補助者																				
09 事務職員																				
10 その他の職員																				

記入者					備考				
(所属)									
(氏名)									

ご協力ありがとうございました



(10) 9月中の外来患者			
初診の患者の数		人	
(11) 処方状況等 9月中の実施状況を記入してください。			
外来患者への処方数 (9月中の延回数)	院内処方数	回	
	院外処方箋交付数	回	
医療用麻薬の処方	1 有	2 無	
内服薬処方箋における分量の記載方法の規定 いずれかひとつに○			
1	1回量を処方の基本単位としている		
2	1日量を処方の基本単位としている		
3	1回量と1日量の併記としている		
4	規定なし		
(12) 退院調整支援担当者 いる場合は10月1日現在の人数を記入してください。			
1	いる ( ) 人	*入退院支援加算の施設基準を満たす場合のみ	
2	いない		
(13) 医師事務作業補助者 いる場合は10月1日現在の人数を記入してください。			
1	いる ( ) 人	*医師事務作業補助体制加算の施設基準を満たす満たさないに関わらず記入	
2	いない		
(14) 救急医療体制			
初期・二次救急医療体制 複数の体制がある場合はあてはまるものすべてに○			
1	初期(軽度の救急患者への夜間・休日における診療を行う医療施設)		
2	二次(入院を要する救急医療施設)		
3	初期・二次両方ともなし		
夜間(深夜も含む)の救急対応	対応している		対応して いない
各項目について、いずれかひとつに○	ほぼ毎日	ほぼ毎日以外	
内科系疾患	1	2	3
小児科(小児外科を含む)疾患	1	2	3
外科系疾患	1	2	3
脳神経外科系疾患	1	2	3
産科疾患(分娩を含む)	1	2	3
多発外傷	1	2	3
精神科救急医療体制 各項目について、いずれかひとつに○	1 体制あり	2 体制なし	
夜間(深夜も含む)の救急対応	対応している		3 対応して いない
	1 ほぼ毎日	2 ほぼ毎日以外	
(15) 専門外来の設置 あてはまるものすべてに○			
1	禁煙外来		
2	助産師外来		
(16) 委託の状況 あてはまるものひとつに○			
	全部委託	一部委託	委託して いない
給食(患者用)	1	2	3
滅菌(治療用具)	1	2	3
保守点検業務(医療機器)	1	2	3
検体検査	1	2	3
保守点検業務(医療ガス供給設備)	1	2	3
清掃	1	2	3
患者の搬送	1	2	3

(17) 表示診療時間の状況		合計は時間単位とし、01～59分の分単位は全て0.5時間とみなし記入してください。						
通常の1週間の診療時間								時間
表示診療時間		通常診療している時間帯すべてに○をつけてください。						
曜日	午前	午後	18時 ～ 19時	19時 ～ 20時	20時 ～ 21時	21時 ～ 22時	22時 以降	
月曜日	1	2	3	4	5	6	7	
火曜日	1	2	3	4	5	6	7	
水曜日	1	2	3	4	5	6	7	
木曜日	1	2	3	4	5	6	7	
金曜日	1	2	3	4	5	6	7	
土曜日	1	2	3	4	5	6	7	
日曜日	1	2	3	4	5	6	7	
休日	1	2	3	4	5	6	7	
(18) 受動喫煙対策の状況		各項目について、いずれかひとつに○						
敷地内を全面禁煙		1 禁煙にしている 2 禁煙にしていない						
特定屋外喫煙場所を設置		1 設置している 2 設置していない						
(19) 職員のための院内保育サービスの状況		各項目についてあてはまるものすべてに○						
1 院内の施設を利用		夜間保育	1 有 2 無					
2 院外の施設を利用		病児保育	1 有 2 無					
3 していない		施設の利用者	1 自施設の医師・歯科医師 2 自施設の看護師・准看護師 3 その他の自施設の職員 4 併設施設の職員 5 その他					
(20) オーダリングシステムの導入状況		あてはまるものすべてに○						
1 導入している		1 検査 2 放射線 3 薬剤 4 栄養 5 その他						
2 導入していない								
(21) 医用画像管理システム(PACS)の導入状況								
1 導入している		フィルムレス運用	1 完全実施 2 一部実施					
2 今後導入する予定がある		導入予定時期	1 令和5年度 2 令和6年度 3 令和7年度 4 令和8年度以降					
3 導入する予定なし								

(22) 診療録電子化(電子カルテ)の状況

Table with 4 rows for digitalization status and a sub-table for '電子化予定時期' (Digitalization scheduled period) with 4 rows for fiscal years.

(23) 医療情報の電子化の状況
(20) オーダリングシステムを「1 導入している」、
(21) 医用画像管理システム(PACS)を「1 導入している」、
(22) 診療録電子化(電子カルテ)を「1 電子化している」、
または「2 一部で電子化している」
いずれかを選択している場合は記入してください。

データの保管を行う場所
あてはまるものすべてに○
1 医療機関内にあるサーバ機器等で保管
2 外部の事業者に委託して保管
ASP・SaaS(クラウド型)利用の有無
1 有 2 無

データの利用範囲
いずれかひとつに○
1 医療機関内のみで利用
2 他の医療機関等と連携して利用
他の医療機関等とのネットワークの有無
1 有 2 無

患者への情報提供の方法
あてはまるものすべてに○
1 紙面・フィルム等により情報提供している
2 電子的な方法でデータ自体を提供している
3 情報提供していない

SS-MIX標準化ストレージ
いずれかひとつに○
1 実装している 2 実装していない

(24) 遠隔医療システムの導入状況
施設数には9月中の実施設数を、
件数には9月中の延件数を記入してください。

遠隔画像診断
1 有 → 診断依頼を受けた数 (施設から 計 件)
2 無 → 診断依頼に出した数 (施設に 計 件)

遠隔病理診断
1 有 → 診断依頼を受けた数 (施設から 計 件)
2 無 → 診断依頼に出した数 (施設に 計 件)

遠隔在宅診療・療養支援
1 有 → 患者延数 (人)
2 無

(25) 医療安全体制
各項目について、あてはまるものひとつに○

Table with 10 columns: 医師, 歯科医師, 薬剤師, 看護師, 診療放射線技師, 臨床検査技師, 臨床工学技士, その他, 配置していない. Rows include medical safety committee, infection control, equipment safety, and drug safety.

院内感染防止対策の専任担当者の状況
1 いる (人) 2 いない

院内感染防止対策のための施設内回診の頻度
1 ほぼ毎日 2 週1回以上 3 月2~3回程度
4 月1回程度 5 月1回未満

患者相談担当者の配置の有無
1 有 2 無

(26) 在宅医療サービスの実施状況 併設施設によるサービスを除く

実施の有無に○をつけ、9月中の件数を記入してください。

Table with 2 columns: 医療保険等による在宅サービス, 介護保険による在宅サービス. Rows include home visits, home care, dental, emergency, and mental health services.

Table with 2 columns: 介護保険による在宅サービス. Rows include home care management, home care, and home rehab services.

(27) 特殊診療設備
病床数 9月中の取扱患者延数

01~06はそれぞれの診療報酬上の施設基準又は要件を満たすもののみ記入
ICU(特定集中治療室) 01 床 人
SCU(脳卒中集中治療室) 02 床 人
MFICU(母体・胎児集中治療室) 03 床 人
無菌治療室(手術室は除く) 04 床 人
放射線治療病室 05 床 人
外来化学療法室 06 床 人

07は新生児特定集中治療室管理料の施設基準を満たしているものをいう。
(「総合周産期特定集中治療室管理料」に含まれる「新生児集中治療室」の病床を含む。)
NICU(新生児特定集中治療室) 07 床 人

08~11は診療報酬上の施設基準又は要件を満たす満たさないに関わらず記入
CCU(心臓内科系集中治療室) 08 床 人
GCU(新生児治療回復室) 09 床 人
PICU(小児集中治療室) 10 床 人
陰圧室 11 床 人

ICU(特定集中治療室)に専任している医師数
専任している医師数を実人員で記入してください。
医師数(実人員) [ ] 人

(28) 緩和ケアの状況 施設基準を満たしていないものを含む。

緩和ケア病棟
1 有 → 病床数 (床)
2 無 → 9月中の取扱患者延数 (人)

緩和ケアチーム
1 有 → 9月中の患者数 (人)
2 無 → (再掲)新規介入患者数 (人)

(29) 手術等の実施状況		9月中の実施件数	装置の台数
悪性腫瘍手術	1	件	
人工透析	2	件	台
分娩(正常分娩を含む)	3	件	
帝王切開娩出術(再掲)	4	件	
帝王切開を除く無痛分娩(再掲)	5	件	

分娩の取扱		小数点以下第2位四捨五入	
1 取り扱っている	担当医師数(常勤換算)		人
	担当助産師数(常勤換算)		人
2 取り扱っていない	院内助産所の有無	1 有	2 無

(30) 検査等の実施状況		9月中の患者数	装置の台数
* 患者数には手術に伴うものを含む。			
骨塩定量測定	01	人	
気管支内視鏡検査*	02	人	
上部消化管内視鏡検査*	03	人	
大腸内視鏡検査*	04	人	
血管連続撮影	05	人	
DSA(再掲)	06	人	
循環器DR(再掲)	07	人	
マンモグラフィ	08	人	台
RI検査(シンチグラム)	09	人	台
SPECT(再掲)	10	人	台
PET	PET	11	台
	PETCT	12	台
CT	マルチスライス	64列以上	13 人 台
		16列以上64列未満	14 人 台
		4列以上16列未満	15 人 台
		4列未満	16 人 台
MRI	その他	17	人 台
	3.0テスラ以上	18	人 台
	1.5テスラ以上3.0テスラ未満	19	人 台
1.5テスラ未満	20	人 台	
3D画像処理	21	人	
冠動脈CT・心臓MRI(再掲)	22	人	

(31) 放射線治療の実施状況		9月中の患者数	装置の台数
患者数は、照射録の枚数又は検査伝票を元に記入してください。			
位置決め装置	X線シミュレーター	1	人 台
	CTシミュレーター	2	人 台
放射線治療計画装置	3	人 台	
放射線治療(体外照射)	4	人	
リニアック・マイクロロン(再掲)	5	人 台	
ガンマナイフ・サイバーナイフ(再掲)	6	人 台	
放射線治療(腔内・組織内照射)	7	人	

(32) 歯科設備	保有しているものすべてに○
1 歯科診療台 ( ) 台	※ 歯科診療台を保有している場合は台数を記入してください。
2 デンタル・パノラマX線装置	
3 歯科用CT装置	
4 手術用顕微鏡	
5 滅菌機器(オートクレーブ等)	
6 ポータブル歯科ユニット	
7 歯科用CAD/CAM装置	
8 デジタル印象採得装置	
9 口腔外バキューム	

(33) 歯科訪問診療の受け入れの有無
1 受け入れている
2 受け入っていない

(34) 病棟における看護職員の勤務体制  
 看護師、准看護師の勤務体制を病棟別に記入してください。  
 複数種類の病床を有する病棟は、一番多い病床に該当する病棟に記入してください。

	配置している看護師・准看護師	時間帯(シフト)	看護単位数(看護師・准看護師の人数別)		
			1人	2人	3人以上
一般病棟	三交代制	人	準夜勤		
		人	深夜勤		
	当直制・他	人	夜勤		
療養病棟	三交代制	人	準夜勤		
		人	深夜勤		
	当直制・他	人	夜勤		
結核病棟・精神病棟	三交代制	人	準夜勤		
		人	深夜勤		
	当直制・他	人	夜勤		

(記入例) 三交代の体制をとる病棟に、20人の看護師・准看護師を配置し、1看護単位(準夜勤 3人、深夜勤 2人)で看護している場合

	配置している看護師・准看護師	時間帯(シフト)	看護単位数(看護師・准看護師の人数別)		
			1人	2人	3人以上
三交代制	20 人	準夜勤			1
		深夜勤		1	

(35) 新人看護職員研修の状況
1 新人看護職員がいる
1 新人看護職員研修ガイドラインに沿った研修を実施している 2 新人看護職員研修ガイドラインに沿わない研修を実施している 3 新人看護職員研修を実施していない
2 新人看護職員がいない





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 一般診療所退院票



厚生労働省 政府統計

令和5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 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 → <input type="text"/> 都道府県																				
(4) 過去の入院の有無	1 有 → 退院年月日 1 令和 2 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。(退院年が令和及び平成の場合のみ。) (※)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 令和	2 平成	3 昭和	年 月 日																	
(6) 退院年月日	令和 5 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 ↳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></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> <td></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>9 不明</td> <td></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		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	
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																		
	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																			
「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。)	(2) 副傷病名(該当するものすべてに○印をつけてください。)																				
	<table border="1"> <tr> <td>01 副傷病なし</td> <td>07 肥満(症)</td> <td>12 閉塞性末梢動脈疾患</td> </tr> <tr> <td>02 糖尿病(合併症を伴わないもの)</td> <td>08 脂質異常症 (高コレステロール血症等)</td> <td>13 大動脈疾患 (大動脈解離、大動脈瘤)</td> </tr> <tr> <td>03 糖尿病(性)腎症</td> <td>09 高血圧(症)</td> <td>14 慢性腎臓病(慢性腎不全等)</td> </tr> <tr> <td>04 糖尿病(性)眼合併症</td> <td>10 虚血性心疾患</td> <td>15 精神疾患</td> </tr> <tr> <td>05 糖尿病(性)神経障害</td> <td>11 脳卒中</td> <td>16 その他の疾患</td> </tr> <tr> <td>06 03～05以外の合併症を伴う糖尿病</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				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 脂質異常症 (高コレステロール血症等)	13 大動脈疾患 (大動脈解離、大動脈瘤)	03 糖尿病(性)腎症	09 高血圧(症)	14 慢性腎臓病(慢性腎不全等)	04 糖尿病(性)眼合併症	10 虚血性心疾患	15 精神疾患	05 糖尿病(性)神経障害	11 脳卒中	16 その他の疾患	06 03～05以外の合併症を伴う糖尿病	
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 脂質異常症 (高コレステロール血症等)	13 大動脈疾患 (大動脈解離、大動脈瘤)																			
03 糖尿病(性)腎症	09 高血圧(症)	14 慢性腎臓病(慢性腎不全等)																			
04 糖尿病(性)眼合併症	10 虚血性心疾患	15 精神疾患																			
05 糖尿病(性)神経障害	11 脳卒中	16 その他の疾患																			
06 03～05以外の合併症を伴う糖尿病																					

裏面に続きます。



<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>	<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)</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>(9) 病床の種類</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>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 介護医療院に入所                      9 介護老人保健施設に入所    10 介護老人福祉施設に入所</p> <p>11 社会福祉施設に入所                      12 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>	<p>1 有 → 手術日    1 令和                      2 平成                      年                      月                      日</p> <p>2 無</p>
<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 介護医療院に入所                      9 介護老人保健施設に入所    10 介護老人福祉施設に入所</p> <p>11 社会福祉施設に入所                      12 その他(不明等)</p>



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

## 一般診療所票



厚生労働省 政府統計

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	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 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 → <input type="text"/> 都道府県																	
(4) 入院・外来の種類等	入院	入院年月日 1 令和 2 平成 3 昭和			年 月 日													
	外来	初診 1 通院 2 往診 再来 3 通院 5 訪問診療 4 往診 6 医師以外の訪問	「3」～「6」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															
(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。 <table border="1"> <tr> <td rowspan="4">肝疾患の状況</td> <td>1 B型肝炎ウイルス(HBV)陽性</td> </tr> <tr> <td>2 C型肝炎ウイルス(HCV)陽性</td> </tr> <tr> <td>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</td> </tr> <tr> <td>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</td> </tr> </table> 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>不慮の事故</td> <td>故意又は不明</td> </tr> <tr> <td>1 自動車交通事故 4 スポーツ中の事故</td> <td>7 自傷</td> </tr> <tr> <td>2 自転車交通事故 5 転倒・転落</td> <td>8 他傷</td> </tr> <tr> <td>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</td> <td>9 不明</td> <td></td> </tr> </table>				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	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	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
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																	
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																
	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																	
「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。)	(2) 副傷病名(該当するものすべてに○印をつけてください。)																	
	<table border="1"> <tr> <td>01 副傷病なし</td> <td>07 肥満(症)</td> <td>12 閉塞性末梢動脈疾患</td> </tr> <tr> <td>02 糖尿病(合併症を伴わないもの)</td> <td>08 脂質異常症 (高コレステロール血症等)</td> <td>13 大動脈疾患 (大動脈解離、大動脈瘤)</td> </tr> <tr> <td>03 糖尿病(性)腎症</td> <td>09 高血圧(症)</td> <td>14 慢性腎臓病(慢性腎不全等)</td> </tr> <tr> <td>04 糖尿病(性)眼合併症</td> <td>10 虚血性心疾患</td> <td>15 精神疾患</td> </tr> <tr> <td>05 糖尿病(性)神経障害</td> <td>11 脳卒中</td> <td>16 その他の疾患</td> </tr> </table>				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 脂質異常症 (高コレステロール血症等)	13 大動脈疾患 (大動脈解離、大動脈瘤)	03 糖尿病(性)腎症	09 高血圧(症)	14 慢性腎臓病(慢性腎不全等)	04 糖尿病(性)眼合併症	10 虚血性心疾患	15 精神疾患	05 糖尿病(性)神経障害	11 脳卒中
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 脂質異常症 (高コレステロール血症等)	13 大動脈疾患 (大動脈解離、大動脈瘤)																
03 糖尿病(性)腎症	09 高血圧(症)	14 慢性腎臓病(慢性腎不全等)																
04 糖尿病(性)眼合併症	10 虚血性心疾患	15 精神疾患																
05 糖尿病(性)神経障害	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)</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 介護医療院から</p> <p>5 介護老人保健施設から</p> <p>6 介護老人福祉施設から</p> <p>7 その他から</p> <p>8 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</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> <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>
<p>(9) 病床の種別</p>	<p>1 療養病床(医療保険適用病床)</p> <p>2 療養病床(介護保険適用病床)</p> <p>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</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>



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 → <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	「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																																	
(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。）																																			
	<table border="1"> <tr><td>01</td><td>う蝕症(C)</td></tr> <tr><td>02</td><td>歯髄炎(Pul)、歯髄壊疽(Pu壊疽)、歯髄壊死(Pu壊死)</td></tr> <tr><td>03</td><td>歯根膜炎(Per)</td></tr> <tr><td>04</td><td>歯槽膿瘍(AA)、歯根嚢胞(WZ)</td></tr> <tr><td>05</td><td>歯肉炎(G)</td></tr> <tr><td>06</td><td>慢性歯周炎(P)</td></tr> <tr><td>07</td><td>歯肉膿瘍(GA)、その他の歯周疾患</td></tr> <tr><td>08</td><td>智歯周囲炎(Perico)</td></tr> <tr><td>09</td><td>その他の歯及び歯の支持組織の障害</td></tr> <tr><td>10</td><td>じよく瘡性潰瘍(Dul)、口内炎(Stom)等</td></tr> <tr><td>11</td><td>その他の顎及び口腔の疾患</td></tr> <tr><td>12</td><td>歯の補てつ(冠)</td></tr> <tr><td>13</td><td>歯の欠損補てつ(ブリッジ、有床義歯、インプラント)</td></tr> <tr><td>14</td><td>歯科矯正</td></tr> <tr><td>15</td><td>外因による損傷</td></tr> <tr><td>16</td><td>検査・健康診断(査)及びその他の保健医療サービス</td></tr> </table>				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)	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
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)																																			
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	<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">           1 自費診療            (保険外併用療養費を含む)         </td> <td rowspan="2">           I (医療保険等)         </td> <td>01 健康保険・各種共済組合(本人)</td> <td>05 高齢者医療 (後期高齢者医療制度)</td> </tr> <tr> <td>02 健康保険・各種共済組合(家族)</td> <td>06 労働災害・公務災害</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">           2 医療保険等、            公費負担医療         </td> <td rowspan="2">           II (公費負担医療)         </td> <td>03 国民健康保険</td> <td>07 自動車損害賠償保障法</td> </tr> <tr> <td>04 退職者医療</td> <td>08 その他</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">           3 介護保険            (介護扶助を含む)         </td> <td rowspan="4">           (介護扶助を含む)         </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</td> <td></td> </tr> <tr> <td>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)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>11 生活保護法(医療扶助)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>12 その他の公費負担によるもの</td> <td></td> </tr> </table> <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>				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)	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	2 医療保険等、 公費負担医療	II (公費負担医療)	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	3 介護保険 (介護扶助を含む)	(介護扶助を含む)	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											
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)	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																																	
2 医療保険等、 公費負担医療	II (公費負担医療)	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																																	
3 介護保険 (介護扶助を含む)	(介護扶助を含む)	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																																		



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(偶数)票

令和5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0、2、4、6、8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。



厚生労働省 政府統計

※保健所符号	
施設番号	H-
調査票番号	

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 令和	2 平成	3 昭和	4 大正	5 明治	年	月	日	
1	1 男 2 女	1 令和	2 平成	3 昭和	4 大正	5 明治	年	月	日	
2	1 男 2 女	1 令和	2 平成	3 昭和	4 大正	5 明治	年	月	日	
3	1 男 2 女	1 令和	2 平成	3 昭和	4 大正	5 明治	年	月	日	
4	1 男 2 女	1 令和	2 平成	3 昭和	4 大正	5 明治	年	月	日	
5	1 男 2 女	1 令和	2 平成	3 昭和	4 大正	5 明治	年	月	日	
6	1 男 2 女	1 令和	2 平成	3 昭和	4 大正	5 明治	年	月	日	
7	1 男 2 女	1 令和	2 平成	3 昭和	4 大正	5 明治	年	月	日	
8	1 男 2 女	1 令和	2 平成	3 昭和	4 大正	5 明治	年	月	日	
9	1 男 2 女	1 令和	2 平成	3 昭和	4 大正	5 明治	年	月	日	
10	1 男 2 女	1 令和	2 平成	3 昭和	4 大正	5 明治	年	月	日	
11	1 男 2 女	1 令和	2 平成	3 昭和	4 大正	5 明治	年	月	日	
12	1 男 2 女	1 令和	2 平成	3 昭和	4 大正	5 明治	年	月	日	
13	1 男 2 女	1 令和	2 平成	3 昭和	4 大正	5 明治	年	月	日	
14	1 男 2 女	1 令和	2 平成	3 昭和	4 大正	5 明治	年	月	日	
15	1 男 2 女	1 令和	2 平成	3 昭和	4 大正	5 明治	年	月	日	
16	1 男 2 女	1 令和	2 平成	3 昭和	4 大正	5 明治	年	月	日	
17	1 男 2 女	1 令和	2 平成	3 昭和	4 大正	5 明治	年	月	日	
18	1 男 2 女	1 令和	2 平成	3 昭和	4 大正	5 明治	年	月	日	
19	1 男 2 女	1 令和	2 平成	3 昭和	4 大正	5 明治	年	月	日	
20	1 男 2 女	1 令和	2 平成	3 昭和	4 大正	5 明治	年	月	日	

この調査票に記入した患者数

人



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

令和5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 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 → <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																
		[「3」～「6」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																
(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																	
	<input type="text"/>																	
「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。)	[ 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。 ]																	
	<table border="1"> <tr> <td rowspan="4">肝疾患の状況</td> <td>1 B型肝炎ウイルス(HBV)陽性</td> </tr> <tr> <td>2 C型肝炎ウイルス(HCV)陽性</td> </tr> <tr> <td>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</td> </tr> <tr> <td>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</td> </tr> </table>				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									
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>不慮の事故</td> <td>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> </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>9 不明</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	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			
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															
	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。)																		
<table border="1"> <tr> <td>01 副傷病なし</td> <td>07 肥満(症)</td> <td>12 閉塞性末梢動脈疾患</td> </tr> <tr> <td>02 糖尿病(合併症を伴わないもの)</td> <td>08 脂質異常症(高コレステロール血症等)</td> <td>13 大動脈疾患(大動脈解離、大動脈瘤)</td> </tr> <tr> <td>03 糖尿病(性)腎症</td> <td>09 高血圧(症)</td> <td>14 慢性腎臓病(慢性腎不全等)</td> </tr> <tr> <td>04 糖尿病(性)眼合併症</td> <td>10 虚血性心疾患</td> <td>15 精神疾患</td> </tr> <tr> <td>05 糖尿病(性)神経障害</td> <td>11 脳卒中</td> <td>16 その他の疾患</td> </tr> </table>				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 脂質異常症(高コレステロール血症等)	13 大動脈疾患(大動脈解離、大動脈瘤)	03 糖尿病(性)腎症	09 高血圧(症)	14 慢性腎臓病(慢性腎不全等)	04 糖尿病(性)眼合併症	10 虚血性心疾患	15 精神疾患	05 糖尿病(性)神経障害	11 脳卒中	16 その他の疾患
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 脂質異常症(高コレステロール血症等)	13 大動脈疾患(大動脈解離、大動脈瘤)																
03 糖尿病(性)腎症	09 高血圧(症)	14 慢性腎臓病(慢性腎不全等)																
04 糖尿病(性)眼合併症	10 虚血性心疾患	15 精神疾患																
05 糖尿病(性)神経障害	11 脳卒中	16 その他の疾患																

裏面に続きます。







<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 rowspan="13" style="vertical-align: middle;"> <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> </td> <td rowspan="8" style="vertical-align: middle;"> <p>→ I (医療保険等)</p> </td> <td>01 健康保険・各種共済組合(本人)</td> <td>05 高齢者医療 (後期高齢者医療制度)</td> </tr> <tr> <td>02 健康保険・各種共済組合(家族)</td> <td>06 労働災害・公務災害</td> </tr> <tr> <td>03 国民健康保険</td> <td>07 自動車損害賠償保障法</td> </tr> <tr> <td>04 退職者医療</td> <td>08 その他</td> </tr> <tr> <td colspan="2">→ II (公費負担医療)</td> </tr> <tr> <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</td> <td></td> </tr> <tr> <td>10 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(措置入院)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>11 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 (有成医療、更生医療)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>12 生活保護法(医療扶助)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>13 その他の公費負担によるもの</td> <td></td> </tr> </table>	<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>	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	→ 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 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(措置入院)		11 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 (有成医療、更生医療)		12 生活保護法(医療扶助)		13 その他の公費負担によるもの	
<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>			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																		
				→ 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 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(措置入院)																			
			11 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 (有成医療、更生医療)																				
	12 生活保護法(医療扶助)																						
	13 その他の公費負担によるもの																						
	<p>(9) 病床の種類別</p>		<table border="0"> <tr> <td>1 精神病床</td> <td>4 療養病床(医療保険適用病床)</td> </tr> <tr> <td>2 感染症病床</td> <td>5 療養病床(介護保険適用病床)</td> </tr> <tr> <td>3 結核病床</td> <td>6 一般病床</td> </tr> </table>	1 精神病床	4 療養病床(医療保険適用病床)	2 感染症病床	5 療養病床(介護保険適用病床)	3 結核病床	6 一般病床														
	1 精神病床		4 療養病床(医療保険適用病床)																				
	2 感染症病床	5 療養病床(介護保険適用病床)																					
3 結核病床	6 一般病床																						
<p>(10) 入院前の場所</p>	<p>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 〕</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>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 〕</p> <p>8 介護医療院に入所 9 介護老人保健施設に入所 10 介護老人福祉施設に入所</p> <p>11 社会福祉施設に入所 12 その他(新生児・不明等)</p> </div> <p>↓ (「5」～「11」の場合は、その所在地について記入してください。)</p> <p>1 当院と同じ市区町村内</p> <p>2 当院とは別の市区町村 → <input type="text"/> 都道府県 <input type="text"/> 市郡 <input type="text"/> 区町村</p>																						
<p>(11) 来院時の状況</p>	<p>救急の受診</p> <p>1 通常の受診</p> <p>〔 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>	<p>1 有 → 手術日 1 令和 2 平成 年 月 日</p> <p>2 無</p>																						
<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 〔 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> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>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 〕</p> <p>8 介護医療院に入所 9 介護老人保健施設に入所 10 介護老人福祉施設に入所</p> <p>11 社会福祉施設に入所 12 その他(不明等)</p> </div> <p>↓ (「5」～「11」の場合は、その所在地について記入してください。)</p> <p>1 当院と同じ市区町村内</p> <p>2 当院とは別の市区町村 → 1 「(10)入院前の場所」で記入した市区町村と同じ → 2 「(10)入院前の場所」で記入した市区町村とは別 <input type="text"/> 都道府県 <input type="text"/> 市郡 <input type="text"/> 区町村</p>																						



<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>	<table border="0"> <tr> <td>1 自費診療 (保険外併用療養費を含む)</td> <td rowspan="2">→ I (医療保険等)</td> <td>01 健康保険・各種共済組合(本人)</td> <td>05 高齢者医療 (後期高齢者医療制度)</td> </tr> <tr> <td>2 医療保険等、 公費負担医療</td> <td>02 健康保険・各種共済組合(家族)</td> <td>06 労働災害・公務災害</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">3 介護保険 (介護扶助を含む)</td> <td rowspan="2">→ II (公費負担医療)</td> <td>03 国民健康保険</td> <td>07 自動車損害賠償保障法</td> </tr> <tr> <td>04 退職者医療</td> <td>08 その他</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></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</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>10 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(措置入院)</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>11 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)</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>12 生活保護法(医療扶助)</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>13 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)	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)	2 医療保険等、 公費負担医療	02 健康保険・各種共済組合(家族)	06 労働災害・公務災害	3 介護保険 (介護扶助を含む)	→ II (公費負担医療)	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 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(措置入院)				11 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)				12 生活保護法(医療扶助)				13 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)		05 高齢者医療 (後期高齢者医療制度)																														
2 医療保険等、 公費負担医療		02 健康保険・各種共済組合(家族)	06 労働災害・公務災害																															
3 介護保険 (介護扶助を含む)	→ II (公費負担医療)	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 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(措置入院)																																
		11 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)																																
		12 生活保護法(医療扶助)																																
		13 その他の公費負担によるもの																																
<p>(7) 病床の種別</p>	<table border="0"> <tr> <td>1 精神病床</td> <td>4 療養病床(医療保険適用病床)</td> </tr> <tr> <td>2 感染症病床</td> <td>5 療養病床(介護保険適用病床)</td> </tr> <tr> <td>3 結核病床</td> <td>6 一般病床</td> </tr> </table>	1 精神病床	4 療養病床(医療保険適用病床)	2 感染症病床	5 療養病床(介護保険適用病床)	3 結核病床	6 一般病床																											
1 精神病床	4 療養病床(医療保険適用病床)																																	
2 感染症病床	5 療養病床(介護保険適用病床)																																	
3 結核病床	6 一般病床																																	
<p>(8) 紹介の状況</p>	<table border="0"> <tr> <td>1 病院から</td> <td>2 一般診療所から</td> <td>3 歯科診療所から</td> </tr> <tr> <td>4 介護医療院から</td> <td>5 介護老人保健施設から</td> <td>6 介護老人福祉施設から</td> </tr> <tr> <td>7 その他から</td> <td>8 紹介なし</td> <td></td> </tr> </table>	1 病院から	2 一般診療所から	3 歯科診療所から	4 介護医療院から	5 介護老人保健施設から	6 介護老人福祉施設から	7 その他から	8 紹介なし																									
1 病院から	2 一般診療所から	3 歯科診療所から																																
4 介護医療院から	5 介護老人保健施設から	6 介護老人福祉施設から																																
7 その他から	8 紹介なし																																	
<p>(9) 来院時の状況</p>	<p>救急の受診</p> <table border="0"> <tr> <td>1 通常の受診</td> <td colspan="2">〔 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 〕</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">↓ (「2」又は「3」の場合は、どちらかに○印をつけてください。)</td> </tr> <tr> <td>1 診療時間内の受診</td> <td>2 診療時間外の受診</td> <td></td> </tr> </table>	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 〕		↓ (「2」又は「3」の場合は、どちらかに○印をつけてください。)			1 診療時間内の受診	2 診療時間外の受診																									
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 〕																																	
↓ (「2」又は「3」の場合は、どちらかに○印をつけてください。)																																		
1 診療時間内の受診	2 診療時間外の受診																																	
<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>	<table border="0"> <tr> <td>1 生命の危険は少ないが入院治療を要する</td> <td>4 検査入院</td> </tr> <tr> <td>2 生命の危険がある</td> <td>5 その他</td> </tr> <tr> <td>3 受け入れ条件が整えば退院可能</td> <td></td> </tr> </table>	1 生命の危険は少ないが入院治療を要する	4 検査入院	2 生命の危険がある	5 その他	3 受け入れ条件が整えば退院可能																												
1 生命の危険は少ないが入院治療を要する	4 検査入院																																	
2 生命の危険がある	5 その他																																	
3 受け入れ条件が整えば退院可能																																		



問4から問9は、**今日受診した病気や症状について**お聞かせください。

**問4** 最初はどこで受診しましたか。(○はひとつだけ)

- 1 今日来院した病院                      2 他の病院                      3 診療所・クリニック・医院

**問5** 初めて医師に診てもらった時、自覚症状はありましたか。(○はひとつだけ)

- 1 あった                                      2 なかった                                      3 覚えていない

**補問** 自覚症状はなかったが、受診した理由は何ですか。(○はいくつでも)

- 1 健康診断（人間ドックを含む）で指摘された      4 病気ではないかと不安に思った  
2 他の医療機関等で受診をすすめられた              5 その他  
3 家族・友人・知人に受診をすすめられた

**問6** 症状を自覚した時から（自覚症状がなかった人は問5補問の答えの時から）、最初の受診までにどれくらいの期間がありましたか。(○はひとつだけ)

- 1 24時間未満                                      4 1週間～1か月未満                                      7 覚えていない  
2 1～3日    5 1か月～3か月未満  
3 4～6日    6 3か月以上

**補問** 受診までに時間がかかった理由は何ですか。(○はいくつでも)

- 1 まず様子を見ようと思った                                      5 経済的な負担を感じた  
2 医療機関に行く時間の都合がつかなかった                      6 医療機関の都合（予約が取れないなど）  
3 医療機関に行くのが面倒だった                                      7 医療機関が近くになかった  
4 医療機関に行くのが怖かった                                      8 その他

**問7** 診断や治療方針について、今日までにこの病院の医師から受けた説明は十分でしたか。(○はひとつだけ)

- 1 十分だった                                      4 十分ではなかった  
2 まあまあ十分だった                                      5 説明を受けていない  
3 あまり十分ではなかった                                      **問9** へ(3ページ)

**問8** 診断や治療方針について、医師の説明を受けた際の疑問や意見は、医師に伝えられましたか。(○はひとつだけ)

- |               |                |
|---------------|----------------|
| 1 十分に伝えられた    | 4 まったく伝えられなかった |
| 2 まあまあ伝えられた   | 5 疑問や意見は特になかった |
| 3 あまり伝えられなかった |                |

**問9** 今日受診した病気や症状の治療や療養に関して、医師や看護師、管理栄養士などから生活習慣上の助言や指導を受けたことがありますか。(他の病院や診療所で受けた場合も含みます。)

- |      |      |
|------|------|
| 1 ある | 2 ない |
|------|------|

**補問** 受けた助言や指導の内容は何ですか。(○はいくつでも)

- |           |         |       |
|-----------|---------|-------|
| 1 栄養・食生活  | 3 休養・睡眠 | 5 喫煙  |
| 2 身体活動・運動 | 4 飲酒    | 6 その他 |

**問10** この病院を選んだ理由は何ですか。(○はいくつでも)

- |                  |                   |
|------------------|-------------------|
| 1 医師による紹介        | 5 専門性が高い医療を提供している |
| 2 家族・友人・知人からのすすめ | 6 建物がきれい・設備が整っている |
| 3 交通の便がよい        | 7 その他             |
| 4 医師や看護師が親切      | 8 特に理由はない         |

**問11** ふだん病院や診療所にかかるとき、どこから情報を入手しますか。(○はいくつでも)

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| 01 医療機関の相談窓口                          | 07 医療機関・行政機関以外が発信するインターネットの情報 (SNS、電子掲示板、ブログの情報を含む) |
| 02 医療機関が発信するインターネットの情報                | 08 新聞・雑誌・本の記事やテレビ・ラジオの番組                            |
| 03 医療機関の看板やパンフレットなどの広告                | 09 家族・友人・知人の口コミ                                     |
| 04 行政機関の相談窓口                          | 10 その他  |
| 05 行政機関が発信するインターネットの情報 (医療機能情報提供制度など) | 11 特に情報は入手していない                                     |
| 06 行政機関が発行する広報誌やパンフレット                |   |

(注) 行政機関とは、都道府県・市区町村・保健所などのことです。

次のページへ

**問12** 過去1年間に、病院（他の病院を含む）や診療所に入院したことはありましたか。（○はひとつだけ）

- 1 あった                      2 なかった

**問13** 今日の受診を含め、過去1年間に、病院（他の病院を含む）や診療所の外来をどれくらい受診しましたか。（○はひとつだけ）

- 1 1回                      3 10～19回（月に1回程度）                      5 40回以上（週に1回程度以上）  
2 2～9回                      4 20～39回（月に2～3回程度）                      6 わからない

**問14** この病院における受診についての感想をお聞かせください。（それぞれ○はひとつだけ）

内 容	非常に満足している	やや満足している	ふつう	やや不満である	非常に不満である	その他
診察までの待ち時間に満足していますか	1	2	3	4	5	6
診察時間に満足していますか	1	2	3	4	5	6
医師による診療・治療内容に満足していますか	1	2	3	4	5	6
医師との対話に満足していますか	1	2	3	4	5	6
医師以外の病院スタッフの対応に満足していますか	1	2	3	4	5	6
診察時のプライバシー保護の対応に満足していますか	1	2	3	4	5	6
全体としてこの病院に満足していますか	1	2	3	4	5	6

**問15** 今日、病院で請求された金額はどのくらいでしたか。（○はひとつだけ）

- 1 0円                      3 1千円～3千円未満                      5 5千円～1万円未満  
2 1円～1千円未満                      4 3千円～5千円未満                      6 1万円以上

**問16** 今日、病院で請求された金額は負担に感じますか。（○はひとつだけ）

- 1 負担に感じない                      3 ふつう                      5 負担を感じる  
2 あまり負担に感じない                      4 やや負担を感じる

**問17** 昨年1年間（令和4年1月1日～令和4年12月31日）の世帯の収入（税込み）は、おおよそどのくらいでしたか。（○はひとつだけ）

- 1 200万円未満                      3 400～600万円未満                      5 800万円以上  
2 200～400万円未満                      4 600～800万円未満                      6 わからない

調査にご協力いただきありがとうございました。  
調査票は、お渡しした封筒に入れて切手を貼らずに郵便ポストへ投函してください。



保健所符号	施設番号
	H-



# 令和5年 受療行動調査

## 入院患者票

(令和5年10月)

この調査は、統計法に基づき国が実施する一般統計調査です。

調査票情報の秘密の保護に万全を期していますので、ありのままを記入してください。(全4ページ) 自分で記入が困難な方は、ご家族の方などと協力してご記入をお願いします。

記入後は、一緒にお渡しした封筒に調査票だけを入れて密封し、切手を貼らずに郵便ポストへ投函してください。(郵便ポストへの投函が難しい場合は病院に設置された回収箱へ入れてください。)

### ■ 調査票の記入者はどなたですか。

1 患者さんご本人 2 ご家族の方など

### ■ 患者さんご本人の性別を選んで、生年月日を記入してください。

1 男  
2 女

1 明治 3 昭和 5 令和  
2 大正 4 平成

年 月 日生

### 問1 この病院を選んだ理由は何ですか。(○はいくつでも)

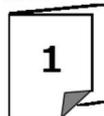
- |                  |                   |
|------------------|-------------------|
| 1 医師による紹介        | 5 専門性が高い医療を提供している |
| 2 家族・友人・知人からのすすめ | 6 建物がきれい・設備が整っている |
| 3 交通の便がよい        | 7 その他             |
| 4 医師や看護師が親切      | 8 特に理由はない         |

### 問2 ふだん病院や診療所にかかるとき、どこから情報を入手しますか。(○はいくつでも)

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| 01 医療機関の相談窓口                          | 07 医療機関・行政機関以外が発信するインターネットの情報 (SNS、電子掲示板、ブログの情報を含む) |
| 02 医療機関が発信するインターネットの情報                | 08 新聞・雑誌・本の記事やテレビ・ラジオの番組                            |
| 03 医療機関の看板やパンフレットなどの広告                | 09 家族・友人・知人の口コミ                                     |
| 04 行政機関の相談窓口                          | 10 その他  |
| 05 行政機関が発信するインターネットの情報 (医療機能情報提供制度など) | 11 特に情報は入手していない                                     |
| 06 行政機関が発行する広報誌やパンフレット                |   |

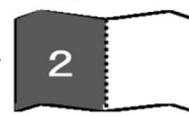
(注) 行政機関とは、都道府県・市区町村・保健所などのことです。

現在のページ



次のページへ

次へ



**問3**

今回の入院が必要と診断されてから、実際に入院するまでに、どれくらいの期間がありましたか。(○はひとつだけ)

- |   |                       |               |
|---|-----------------------|---------------|
| 1 | 1週間未満（緊急入院または救急搬送を含む） | → <b>問4</b> へ |
| 2 | 1週間～1か月未満             |               |
| 3 | 1か月以上                 |               |
| 4 | 覚えていない                |               |

**補問**

入院までに時間がかかった**主な理由**は何ですか。(○はひとつだけ)

- |   |               |   |        |
|---|---------------|---|--------|
| 1 | ベッドが空いていない    | 4 | 経済的な理由 |
| 2 | 手術や検査の予約が取れない | 5 | その他    |
| 3 | 自分や家族等の都合     | 6 | わからない  |

**問4**

入院の原因となった病気や症状に対する**診断や治療方針**について、今日までにこの病院の医師から受けた説明は十分でしたか。(○はひとつだけ)

- |   |             |               |           |
|---|-------------|---------------|-----------|
| 1 | 十分だった       | 4             | 十分ではなかった  |
| 2 | まあまあ十分だった   | 5             | 説明を受けていない |
| 3 | あまり十分ではなかった | → <b>問6</b> へ |           |

**問5**

入院の原因となった病気や症状に対する**診断や治療方針**について、医師の説明を受けた際の**疑問や意見**は、医師に伝えられましたか。(○はひとつだけ)

- |   |             |   |              |
|---|-------------|---|--------------|
| 1 | 十分に伝えられた    | 4 | まったく伝えられなかった |
| 2 | まあまあ伝えられた   | 5 | 疑問や意見は特になかった |
| 3 | あまり伝えられなかった |   |              |

**問6**

入院の原因となった病気や症状の治療や療養に関して、医師や看護師、管理栄養士などから生活習慣上の助言や指導を受けたことがありますか。（他の病院や診療所で受けた場合も含まれます。）

1 ある

2 ない



**補問** 受けた助言や指導の内容は何ですか。（○はいくつでも）

1 栄養・食生活

3 休養・睡眠

5 喫煙

2 身体活動・運動

4 飲酒

6 その他

**問7**

今後の治療・療養はどうしたいと思いますか。（○はひとつだけ）

1 完治するまでこの病院に入院していきたい

2 他の病院や診療所に転院したい

3 介護を受けられる施設などで治療・療養したい

4 自宅で医師や看護師などの定期的な訪問を受けて、治療・療養したい

5 自宅から病院や診療所に通院しながら、治療・療養したい

6 その他

**問8**

今後、退院を許可された場合に、自宅で療養できますか。（○はひとつだけ）

1 自宅で療養できる

3 療養の必要がない

2 自宅で療養できない

4 わからない



**補問** どの条件を整えば、自宅で療養できますか。（○はいくつでも）

01 家族の協力

06 療養のための指導（服薬・リハビリ指導など）

02 入浴や食事などの介護が受けられるサービス

07 療養のための改築（手すりの設置など）

03 通院手段の確保

08 療養に必要な用具（車いす、ベッドなど）

04 医師、看護師などの定期的な訪問

09 その他

05 緊急時の病院や診療所への連絡体制

10 どの条件を整えばいいのかわからない

次のページへ

**問9**

この病院における入院についての感想をお聞かせください。(それぞれ○はひとつだけ)

内 容	非常に満足している	やや満足している	ふつう	やや不満である	非常に不満である	その他
医師による診療・治療内容に満足していますか	1	2	3	4	5	6
医師との対話に満足していますか	1	2	3	4	5	6
医師以外の病院スタッフの対応に満足していますか	1	2	3	4	5	6
病室でのプライバシー保護の対応に満足していますか	1	2	3	4	5	6
病室・浴室・トイレなどに満足していますか	1	2	3	4	5	6
食事の内容に満足していますか	1	2	3	4	5	6
全体としてこの病院に満足していますか	1	2	3	4	5	6

**問10**

患者さんご本人と同居している方はいますか。(○はひとつだけ)

1 いる

2 いない

補問

同居している方は、患者さんご本人とはどのような関係ですか。  
(○はいくつでも)

1 夫又は妻

3 子

5 その他の親族

2 父母

4 子の夫又は妻

6 その他

調査にご協力いただきありがとうございました。

調査票は、お渡しした封筒に入れて切手を貼らずに郵便ポストへ投函してください。  
(郵便ポストへの投函が難しい場合は病院に設置された回収箱へ入れてください。)