様式第五

㊙ 統計法に基づく基幹統計調査

患者調査

歯科診療所票

平成23年10月18・19・21日（指定された1日）

厚生労働省

※保健所符号	
施設番号	D－
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 → □ 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。）		

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、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

(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

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