様式第五

㊙ 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

※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。

平成26年10月21・22・24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 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　26　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(A A)、歯根嚢胞(W Z)
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）