(8) 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

3 介護保険（介護扶助を含む）

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

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（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

(9) 病床の種別

1 精神病床
2 感染症病床
3 結核病床
4 療養病床（医療保険適用病床）
5 療養病床（介護保険適用病床）
6 一般病床

(10) 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

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（新生児・不明等）

（「5」～「10」の場合は、その所在地について記入してください。）

1 当院と同じ市区町村内
2 当院とは別の市区町村→　都道府県　市郡　区町村

(11) 来院時の状況

1 通常の受診

救急の受診
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

(12) 手術の有無

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

(13) 転帰

1 治癒　2 軽快　3 不変　4 悪化　5 死亡　6 その他

(14) 退院後の行き先

(13)転帰で「5 死亡」の場合は記入の必要はありません。

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）

（「5」～「10」の場合は、その所在地について記入してください。）

1 当院と同じ市区町村内
2 当院とは別の市区町村→　都道府県　市郡　区町村