別記様式一

秘　政府統計　厚生労働省 Ministry of Health, Labour and Welfare

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

病院入院（奇数）票

※保健所符号	
施設番号	H－
患者番号	

令和8年10月20日～22日（指定された1日）

記入上の注意

1 ※印欄には、記入しないでください。
2 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。
3 500～599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。
4 600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。

(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

患者の住所が東京都区部又は政令指定都市（※）で、貴院の所在地と区が異なる場合は、「2」を○で囲み、区の名称まで記入してください。
（※）政令指定都市は、札幌市、仙台市、さいたま市、千葉市、横浜市、川崎市、相模原市、新潟市、静岡市、浜松市、名古屋市、京都市、大阪市、堺市、神戸市、岡山市、広島市、北九州市、福岡市及び熊本市をいいます。

(4) 入院年月日　1 令和　2 平成　3 昭和　年　月　日

(5) 受療の状況

1～5のうち、該当するもの**1つ**に○をつけ、矢印にそって続けて記入してください。

1　傷病の診断・治療 →(1)と(2)へ
2　正常分娩（単胎自然分娩）
3　正常妊娠・産じょくの管理
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「**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。

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。

	不慮の事故		故意又は不明	
外傷の原因（中毒を含む）	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。）

01	副傷病なし				
02	糖尿病（合併症を伴わないもの）	07	肥満（症）	12	閉塞性末梢動脈疾患
03	糖尿病（性）腎症	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）
04	糖尿病（性）眼合併症				
05	糖尿病（性）神経障害	09	高血圧（症）	14	慢性腎臓病（慢性腎不全等）
06	03～05以外の合併症を伴う糖尿病	10	虚血性心疾患	15	精神疾患
		11	脳卒中	16	その他の疾患

裏面に続きます。