(6) 診療費等支払方法

※**1**～**3**のうち、該当するもの**すべて**に○をつけてください。

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 とⅡへ

3 介護保険（介護扶助を含む）

※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。

※左列の「**2** 医療保険等、公費負担医療」を選択した場合、「Ⅰ 医療保険等」及び「Ⅱ 公費負担医療」の**01**～**11**に該当するもの**すべて**に○をつけてください。

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	高齢者医療（後期高齢者医療制度）
	05	労働災害・公務災害
	06	自動車損害賠償保障法
	07	その他
Ⅱ 公費負担医療	**08**	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
	09	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）
	10	生活保護法（医療扶助）
	11	その他の公費負担によるもの

(7) 紹介の状況

1 病院から　　**4** 介護医療院から　　**7** その他から
2 一般診療所から　　**5** 介護老人保健施設から　　**8** 紹介なし
3 歯科診療所から　　**6** 介護老人福祉施設から

(8) 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