別記様式五

秘　政府統計　厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために 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

歯科診療所票

令和8年10月20・21・23日（指定された1日）

※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 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
→「3」～「5」の場合は、月日を記入してください。
前回診療月日又は前回訪問月日
令　和　8　年　　月　　日

（5）傷病名

傷病名（下記の傷病名から、該当する**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）
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

※**1**～**3**のうち、該当する**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**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