(8) 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01～12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	精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（措置入院）
	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）
	11	生活保護法（医療扶助）
	12	その他の公費負担によるもの

(9) 病床の種別

1　精神病床　　4　療養病床
2　感染症病床　　5　一般病床
3　結核病床

(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　介護医療院に入所　　9　介護老人保健施設に入所　　10　介護老人福祉施設に入所
11　社会福祉施設に入所　　12　その他（新生児・不明等）

「5」～「11」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　1　令和　2　平成　　年　　月　　日
2　無

(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　介護医療院に入所　　9　介護老人保健施設に入所　　10　介護老人福祉施設に入所
11　社会福祉施設に入所　　12　その他（不明等）

「5」～「11」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 → 1　「(10) 入院前の場所」で記入した市区町村と同じ
2　「(10) 入院前の場所」で記入した市区町村とは別
［　　］ 都道府県 ［　　］ 市郡 ［　　］ 区町村 ［　　］