

秘

愛媛県入院患者調査

記入上の注意

- 1 ※印欄には、記入しないでください。
2 (6)~(12)欄は、(5)で選んだものについて記入してください。

Table with 3 columns: 保健所番号, 施設番号, 患者番号

病院票
平成 28 年 10 月 3 日(月)

Main form containing sections (1) through (6) for patient information, medical history, and treatment details.



<p>(7) 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。)</p>	<p>1 自費診療        (保険外併用療養費を含む)</p> <p>2 医療保険等、公費負担医療</p> <p>3 介護保険        (介護扶助を含む)</p>	<p>I 医療保険等</p> <p>01 健康保険・各種共済組合(本人) 05 高齢者医療        (後期高齢者医療制度)</p> <p>02 健康保険・各種共済組合(家族)</p> <p>03 国民健康保険 06 労働災害・公務災害</p> <p>04 退職者医療 07 自動車損害賠償保障法        08 その他</p> <p>II 公費負担医療</p> <p>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)</p> <p>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)</p> <p>12 生活保護法(医療扶助)</p> <p>13 その他の公費負担によるもの</p>					
<p>(8) 病床の種別</p>	<p>精神病床 [ 1 老人性認知症疾患療養病棟      2 その他の精神病床 ]      3 感染症病床      4 結核病床        5 療養病床(医療保険適用病床)      6 療養病床(介護保険適用病床)      7 一般病床</p>						
<p>(9) 紹介の状況</p>	<p>1 病院から      2 一般診療所から      3 歯科診療所から      4 介護老人保健施設から        5 介護老人福祉施設から      6 その他から      7 紹介なし</p>						
<p>(10) 来院時の状況</p>	<p>1 通常受診      救急受診 [ 2 救急車により搬送      3 徒歩や自家用車等による救急受診 ]</p> <p>-----        (「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</p>						
<p>(11) 入院の状況        (調査日現在の状況を選択        してください。)</p>	<p>1 生命の危険は少ないが入院治療を要する      2 生命の危険がある      3 受入れ条件が整えば退院可能        4 検査入院      5 その他</p>						
<p>(12) 心身の状況        (老人性認知症疾患療養        病棟、療養病床の患者の        み記入してください。)</p>	<p>移乗</p>	<p>1 自立      2 見守りが必要      3 一部介助が必要      4 全介助が必要</p>					
	<p>食事摂取</p>	<p>1 自立      2 見守りが必要      3 一部介助が必要      4 全介助が必要</p>					
	<p>嚥下</p>	<p>1 できる      2 見守りが必要      3 できない</p>					
	<p>排便の後始末</p>	<p>1 自立      2 見守りが必要      3 一部介助が必要      4 全介助が必要</p>					