

病 院 報 告

令和__年__月分

都道府県名.....

施設名.....

保健所名.....

所在地.....

※ 保健所符号

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

※ 整理番号

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| 区 分 | | 在 院 患 者 数 | 月 末 在 院 数 | 新 入 者 院 数 | 同一医療機関内の 他の種別の病床から 移された患者数 | 退 患 者 院 数 | 同一医療機関内の 他の種別の病床へ 移された患者数 |
|-----------|-----|-----------|-----------|-----------|----------------------------------|-----------|---------------------------------|
| 総 数 | | | | | | | |
| 精 神 病 床 | (1) | | | | | | |
| 感 染 症 病 床 | (2) | | | | | | |
| 結 核 病 床 | (3) | | | | | | |
| 療 養 病 床 | (4) | | | | | | |
| 一 般 病 床 | (5) | | | | | | |

外 来 患 者 延 数

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

| | |
|-----|--|
| 備 考 | |
|-----|--|

注： 1 ※印は保健所で記入すること。
 2 療養病床を有する診療所については、当該療養病床を利用する患者に係る数値を「療養病床」(4)欄にのみ記入すること。
 その他の欄は記入不要である。