

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。