

- 本調査は、外国人患者受入れ体制の状況等について実態を把握し、今後の体制整備のための基礎資料を得る目的で行うものです。
- 本調査の調査票は、全国の病院及び抽出された診療所を対象とした調査票A及びBと、地域周産期母子医療センター及び総合周産期母子医療センターを対象とした調査票Cから構成されています。地域周産期母子医療センター及び総合周産期母子医療センターは調査票A、B及びCを、それ以外の病院及び診療所は調査票A及びBにご回答ください。
- この調査票は、貴院における外国人患者受入れ体制の状況等についてお尋ねするもの（調査票A）です。
- 本調査票においては、**特に別の記載がある場合を除き平成30年9月1日時点の状況をお答えください。**

1. 基本情報

1-1. 貴院の基本情報を太枠内にご記入ください。

フリガナ				電話(代表)		
医療機関名				ファクシミリ		
所在地	〒		-			
許可病床数		床				
総患者数	平成29年度(2017年4月1日~2018年3月31日)の患者数を外来・入院別に「延べ数」でご記入下さい。(日本人・外国人を問わず)			外来		名
				入院		名

1-2. 医療機関の種別について、以下から貴院に該当するもの全てにレ点をご記入ください。

<input type="checkbox"/>	特定機能病院
<input type="checkbox"/>	地域医療支援病院
<input type="checkbox"/>	第2次救急医療機関
<input type="checkbox"/>	救命救急センター
<input type="checkbox"/>	災害拠点病院
<input type="checkbox"/>	総合周産期母子医療センター
<input type="checkbox"/>	地域周産期母子医療センター
<input type="checkbox"/>	診療所
<input type="checkbox"/>	歯科診療所
<input type="checkbox"/>	外国人受入れ環境整備事業の対象医療機関(※1)
<input type="checkbox"/>	訪日外国人旅行者受入可能な医療機関(※2)
<input type="checkbox"/>	ジャパンインターナショナルホスピタルズ(※3)
<input type="checkbox"/>	JMIP認証病院(※4)

- ※1 これまで厚生労働省が行ってきた、「外国人患者受入れ環境整備推進事業」で整備された医療機関。
 ※2 訪日外国人受け入れ医療機関として都道府県から観光庁に登録された医療機関。
 ※3 一般社団法人Medical Excellence JAPANにより推奨されている医療機関。
 ※4 一般財団法人日本医療教育財団により認証された医療機関。

1-3. 貴院が標榜している診療科目を以下の中から全て選びし点をご記入ください。

<input type="checkbox"/>	内科	<input type="checkbox"/>	外科	<input type="checkbox"/>	産婦人科
<input type="checkbox"/>	呼吸器内科	<input type="checkbox"/>	呼吸器外科	<input type="checkbox"/>	産科
<input type="checkbox"/>	循環器内科	<input type="checkbox"/>	心臓血管外科	<input type="checkbox"/>	婦人科
<input type="checkbox"/>	消化器内科（胃腸内科）	<input type="checkbox"/>	乳腺外科	<input type="checkbox"/>	リハビリテーション科
<input type="checkbox"/>	腎臓内科	<input type="checkbox"/>	気管食道外科	<input type="checkbox"/>	放射線科
<input type="checkbox"/>	神経内科	<input type="checkbox"/>	消化器外科（胃腸外科）	<input type="checkbox"/>	麻酔科
<input type="checkbox"/>	糖尿病内科（代謝内科）	<input type="checkbox"/>	泌尿器科	<input type="checkbox"/>	病理診断科
<input type="checkbox"/>	血液内科	<input type="checkbox"/>	肛門外科	<input type="checkbox"/>	臨床検査科
<input type="checkbox"/>	皮膚科	<input type="checkbox"/>	脳神経外科	<input type="checkbox"/>	救急科
<input type="checkbox"/>	アレルギー科	<input type="checkbox"/>	整形外科	<input type="checkbox"/>	歯科
<input type="checkbox"/>	リウマチ科	<input type="checkbox"/>	形成外科	<input type="checkbox"/>	矯正歯科
<input type="checkbox"/>	感染症内科	<input type="checkbox"/>	美容外科	<input type="checkbox"/>	小児歯科
<input type="checkbox"/>	小児科	<input type="checkbox"/>	眼科	<input type="checkbox"/>	歯科口腔外科
<input type="checkbox"/>	精神科	<input type="checkbox"/>	耳鼻いんこう科		
<input type="checkbox"/>	心療内科	<input type="checkbox"/>	小児外科		

2. 外国人患者に対応する体制について

2-1. 外国人を受け入れる体制の整備状況について伺います。担当部署、マニュアルについて以下の質問にお答えください。

1 外国人患者対応の専門部署	<input type="checkbox"/>	1 部署あり ・ 2 部署なし ・ 3 部署はないものの専門職員あり	
a. 所属職員（上で3を選択した場合は担当職員）の人数（※）	<input type="text"/>	人	
2 外国人対応マニュアルの整備状況	<input type="checkbox"/>	1 整備されている ・ 2 整備されていない	
↳ (1の場合) 利用できる職員の範囲	<input type="checkbox"/>	1 全ての職員が利用できる ・ 2 一部の職員が利用できる	
↳ (2の場合) 利用できる職員部門（該当するもの全てにレ点）	<input type="checkbox"/>	外国人患者対応の専門部署	<input type="checkbox"/> 受付
	<input type="checkbox"/>	その他（右欄に具体的に記入）	

※ 所属職員については、2-2における外国人向け医療コーディネーターの役割を果たしている場合でも、専門部署に所属している場合はこちらに記載ください。

2-2. 外国人向け医療コーディネーターについて以下の質問にお答えください。

※ 「外国人向け医療コーディネーター」とは「外国人患者を受け入れるための院内や院外関係者との調整を中心となってコーディネートする役割を担う職員」をさします。

※ ここでは、多言語対応のみの役割を担う職員は「外国人向け医療コーディネーター」には該当いたしません。「2-3. 医療通訳」の項目に記載ください。

外国人向け医療コーディネーター	<input type="checkbox"/>	1 配置している ・ 2 配置していない	
a. コーディネーターの人数	<input type="text"/>	人	
b. 専任・兼任の別	<input type="checkbox"/>	1 専任、兼任とも配置 ・ 2 専任のみ ・ 3 兼任のみ	
↳ (1 または 3 の場合) 兼職（該当すべてにレ点）	<input type="checkbox"/>	医師	<input type="checkbox"/> 看護職
		<input type="checkbox"/> その他医療関係有資格者	<input type="checkbox"/> 事務職員
		<input type="checkbox"/> その他	
↳ 専任・兼任それぞれの職員の人数		専任 <input type="text"/> 名	兼任 <input type="text"/> 名
c. 常勤・非常勤の別	<input type="checkbox"/>	1 常勤、非常勤とも配置 ・ 2 常勤のみ ・ 3 非常勤のみ	
↳ 常勤・非常勤それぞれの職員の人数		常勤 <input type="text"/> 名	非常勤 <input type="text"/> 名
d. 週の中でコーディネーターがカバーしている範囲（平日、休日）	<input type="checkbox"/>	1 平日、休日問わずカバー ・ 2 平日のみ 3 そのほか（下欄に具体的に記入）	
		<input type="text"/>	
e. コーディネーターがカバーしている時間帯	<input type="checkbox"/>	1 24時間 ・ 2 勤務時間帯（日勤帯）のみ 3 そのほか（下欄に具体的に記入）	
		<input type="text"/>	
f. コーディネーターの役割（該当するもの全てにレ点）			
<input type="checkbox"/> 医療者のサポート	<input type="checkbox"/>	トラブルの際に窓口となって対応	<input type="checkbox"/> 院内の連携調整
<input type="checkbox"/> 院外の関係機関との連携調整	<input type="checkbox"/>	組織の課題の解決策の提示	<input type="checkbox"/> 組織の課題の解決策の実行
<input type="checkbox"/> その他（右欄に具体的に記入）	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> 多言語対応			
↳ (多言語対応を行っている場合) 対応言語（該当するもの全てにレ点）			
<input type="checkbox"/> 英語	<input type="checkbox"/>	中国語	<input type="checkbox"/> 韓国・朝鮮語
<input type="checkbox"/> ポルトガル語	<input type="checkbox"/>	スペイン語	<input type="checkbox"/> ロシア語
<input type="checkbox"/> ベトナム語	<input type="checkbox"/>	タガログ語	<input type="checkbox"/> インドネシア語
<input type="checkbox"/> その他（下欄に具体的に記入）	<input type="text"/>		

2-3. 医療通訳について伺います。ここでは、医療通訳者を医療機関に配置することについて伺います。
 ※ 医療コーディネーターが多言語対応を担当している場合、当該コーディネーターについては2-2に記載いただき、
 本問2-3については、医療コーディネーター以外の職員について記載ください。

医療通訳	<input type="checkbox"/>	1 配置している・2 配置していない	
a. 医療通訳の人数	<input type="checkbox"/>	人	
b. 専任・兼任の別	<input type="checkbox"/>	1 専任、兼任とも配置・2 専任のみ・3 兼任のみ	
(1 または3 の場合) 兼職 (該当すべてにレ点)			
	<input type="checkbox"/>	医師	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	看護職	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	その他医療関係有資格者	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	事務職員	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	その他	<input type="checkbox"/>
専任・兼任それぞれの職員の数		専任 <input type="checkbox"/> 名	兼任 <input type="checkbox"/> 名
c. 常勤・非常勤の別	<input type="checkbox"/>	1 常勤、非常勤とも配置・2 常勤のみ・3 非常勤のみ	
(1 または3 の場合) 兼職 (該当すべてにレ点)			
常勤・非常勤それぞれの職員の数		常勤 <input type="checkbox"/> 名	非常勤 <input type="checkbox"/> 名
d. 週の中で医療通訳がカバーしている範囲 (平日、休日)	<input type="checkbox"/>	1 平日、休日問わずカバー・2 平日のみ 3 そのほか (下欄に具体的に記入)	
<input type="text"/>			
e. 医療通訳がカバーしている時間帯	<input type="checkbox"/>	1 24時間・2 勤務時間帯 (日勤帯) のみ 3 そのほか (下欄に具体的に記入)	
<input type="text"/>			
f. 医療通訳が対応している言語 (該当するもの全てにレ点)	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	英語	<input type="checkbox"/>	中国語
<input type="checkbox"/>	ポルトガル語	<input type="checkbox"/>	韓国・朝鮮語
<input type="checkbox"/>	スペイン語	<input type="checkbox"/>	ロシア語
<input type="checkbox"/>	ベトナム語	<input type="checkbox"/>	インドネシア語
<input type="checkbox"/>	タガログ語	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	その他 (下欄に具体的に記入)	<input type="text"/>	
<input type="text"/>			

2-4. 医療通訳者以外の多言語対応体制について伺います。電話通訳(遠隔通訳)について以下の質問にお答えください。

1 電話通訳(遠隔通訳)		1 利用している ・ 2 利用していない	
a. 利用しているサービス名(事業者名)			
b. 電話通訳(遠隔通訳)がカバーしている範囲(平日、休日)		1 平日、休日問わずカバー ・ 2 平日のみ 3 そのほか(下欄に具体的に記入)	
c. 電話通訳(遠隔通訳)がカバーしている時間帯		1 24時間 ・ 2 日勤帯のみ 3 そのほか(下欄に具体的に記入)	
d. 電話通訳(遠隔通訳)が対応している言語(該当するもの全てにレ点)			
<input type="checkbox"/>	英語	<input type="checkbox"/>	中国語
<input type="checkbox"/>	ポルトガル語	<input type="checkbox"/>	スペイン語
<input type="checkbox"/>	ベトナム語	<input type="checkbox"/>	タガログ語
<input type="checkbox"/>	韓国・朝鮮語	<input type="checkbox"/>	ロシア語
<input type="checkbox"/>	インドネシア語	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	その他(下欄に具体的に記入)		
2. その他、貴院において多言語に対応するために行っている他の取組がありましたら、下欄に具体的にご記入ください。			

2-5. 院内案内図、院内表示について以下の質問にお答えください。

院内案内図、院内表示の状況	<input type="checkbox"/>	1 多言語化している	・	<input type="checkbox"/>	2 多言語化していない
a. 院内案内図、院内表示が対応している言語（該当するもの全てにレ点）					
<input type="checkbox"/>	英語	<input type="checkbox"/>	中国語	<input type="checkbox"/>	韓国・朝鮮語
<input type="checkbox"/>	ポルトガル語	<input type="checkbox"/>	スペイン語	<input type="checkbox"/>	ロシア語
<input type="checkbox"/>	ベトナム語	<input type="checkbox"/>	タガログ語	<input type="checkbox"/>	インドネシア語
<input type="checkbox"/>	その他（下欄に具体的に記入）				

2-6. 外国人患者の受入に資するタブレット端末、スマートフォン端末の利用状況について伺います。

外国人患者の受入に資するタブレット端末、又はスマートフォン端末	<input type="checkbox"/>	1 医療機関として導入している	・	<input type="checkbox"/>	2 導入していない、又は医療従事者が個人で使用している
a. (導入している場合) 外国人への対応に用いているアプリ					
b. (導入している場合) 端末を利用できる職員部門（該当するもの全てにレ点）	<input type="checkbox"/>	外国人患者対応の専門部署	<input type="checkbox"/>	受付	
	<input type="checkbox"/>	診療部門			
	<input type="checkbox"/>	その他（右欄に具体的に記入）			
c. 端末に備わっている機能（該当するもの全てにレ点）					
<input type="checkbox"/>	マニュアル、説明書等、資料の表示	<input type="checkbox"/>	決済機能		
<input type="checkbox"/>	翻訳機能	<input type="checkbox"/>	その他（右欄に具体的に記入）		
翻訳機能を備えている場合、対応言語を選択ください。（該当するもの全てにレ点）					
<input type="checkbox"/>	英語	<input type="checkbox"/>	中国語	<input type="checkbox"/>	韓国・朝鮮語
<input type="checkbox"/>	ポルトガル語	<input type="checkbox"/>	スペイン語	<input type="checkbox"/>	ロシア語
<input type="checkbox"/>	ベトナム語	<input type="checkbox"/>	タガログ語	<input type="checkbox"/>	インドネシア語
<input type="checkbox"/>	その他（下欄に具体的に記入）				

3. 医療費等について

訪日外国人に対する医療費の請求方法について、以下の1～4から該当するものにレ点を記入し、記載に従って右欄で補足ください。

1		日本の診療報酬点数表を基準とし、1点10円で請求している。	
2		日本の診療報酬点数表を基準とし、1点10円以外で計算して請求している。	
		診療報酬点数「1点」＝	円に相当
3		日本の診療報酬点数表を全く用いずに請求している。（下欄に具体的な計算方法等を記入ください）	
4		1,2の他、追加的な費用を請求している。（該当する項目を以下の（1）～（4）から全て選択しレ点を記入）	
	(1)	通訳料（具体的な請求方法を以下に記入ください）	
		1回の通訳での請求額＝	円
		10分あたりの請求額＝	円
		その他（右欄に具体的に記入ください）	
	(2)	医師の診療時間に応じた料金計算（下欄に具体的に記入ください）	
	(3)	診断書作成料等の事務手数料（下欄に具体的に記入ください）	
	(4)	その他（下欄に具体的に記載ください）	

4. キャッシュレス決済について

キャッシュレス決済の導入状況について以下の設問にお答えください。

1. カード（クレジットカード、デビットカード）を利用した決済		<input type="checkbox"/>	1 導入している ・ 2 導入していない
(導入している場合) 対応ブランド（該当するもの全てにレ点）			
<input type="checkbox"/>	Visa(ビザ)	<input type="checkbox"/>	Mastercard (マスター)
<input type="checkbox"/>	American Express (アメリカン・エクスプレス)	<input type="checkbox"/>	JCB (ジェーシービー)
<input type="checkbox"/>	その他（下欄に具体的に記入）	<input type="checkbox"/>	Union Pay (銀聯カード)
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Diners (ダイナース)
<input type="text"/>			
2. 非接触カードを利用した決済		<input type="checkbox"/>	1 導入している ・ 2 導入していない
(導入している場合) 対応している電子マネー（該当するもの全てにレ点）			
<input type="checkbox"/>	楽天Edy	<input type="checkbox"/>	SUGOCA
<input type="checkbox"/>	PASMO	<input type="checkbox"/>	Suica
<input type="checkbox"/>	Waan	<input type="checkbox"/>	Nanaco
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	ICOCA
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Kitaca
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	その他（下欄に具体的に記入）
<input type="text"/>			
3. QRコードを利用した決済		<input type="checkbox"/>	1 導入している ・ 2 導入していない
(導入している場合) 対応しているサービス（該当するもの全てにレ点）			
<input type="checkbox"/>	Alipay (アリペイ)	<input type="checkbox"/>	WeChat Pay (ウィーチャット・ペイ)
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	その他（下欄に具体的に記入）
<input type="text"/>			
4. そのほかの決済サービスを利用している場合右欄にチェックし、下欄に具体的に記入してください。			<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>			

5. 未収金等への対策

5-1

未収金等に対する対策として、貴院で訪日外国人患者に対する診療に際し実施している取組について、以下の中から該当するものを全て選択し、設問にお答えください。

※ ただし、必ずしも未収金等の対策として行っているものでなくても、訪日外国人に対して行っている取組であれば、選択していただいて差支えありません。例えば、身分証の確認等は医療安全にも寄与するものと考えられます。

<input type="checkbox"/>	パスポート等、身分証の確認	<input type="checkbox"/>	パスポート等、身分確認証のコピーの保存	<input type="checkbox"/>	価格についての事前説明
<input type="checkbox"/>	診療内容の事前の説明				
<input type="checkbox"/>	その他（右欄に具体的に記入）				
<input type="checkbox"/>	同意書の取得				
（同意書を取得している場合）同意の内容（該当するもの全てにレ点）					
<input type="checkbox"/>	診療に協力する	<input type="checkbox"/>	請求された金額を支払う		
<input type="checkbox"/>	その他（下欄に具体的に記入）				

5-2

貴院での在留外国人に対する本人確認について、以下の設問にお答えください。

外国人患者に対する本人確認の有無	<input type="checkbox"/>	1 本人確認をしている ・ 2 本人確認をしていない		
（1 の場合）確認の際に提示を求めているもの （該当するもの全てにレ点）	<input type="checkbox"/>	パスポート	<input type="checkbox"/>	在留カード
	<input type="checkbox"/>	その他（右欄に具体的に記入）		

6. その他

本調査結果について、都道府県において課題解決を検討するための参考として頂くよう、厚生労働省が取りまとめた上で、**都道府県、厚生労働省科学研究事業に共有することを同意されない場合にレ点。**

7. ご担当者様の情報

差し支えなければ、ご担当者様の情報（必要時、本調査に関することや外国人患者受入れに関すること等をお伺いする際のご連絡先）をご記入ください。複数の方が担当された場合は、代表者様の情報をご記入ください。

フリガナ		電話番号	
お名前		ファクシミリ	
ご所属・役職			
メールアドレス			

**医療機関における外国人患者の受入に係る実態調査
調査票B 外国人患者の受入に関する調査票**

- 本調査は、外国人患者受入れ体制の状況等について実態を把握し、今後の体制整備のための基礎資料を得る目的で行うものです。
- 本調査の調査票は、全国の病院及び抽出された診療所を対象とした調査票A及びBと、地域周産期母子医療センター及び総合周産期母子医療センターを対象とした調査票Cから構成されています。地域周産期母子医療センター及び総合周産期母子医療センターは調査票A、B及びCを、それ以外の病院及び診療所におかれては調査票A及びBにご回答ください。
- この調査票は、貴院における外国人患者受入れの現状等についてお尋ねするもの（調査票B）です。
- 本調査票においては、**特に別の記載がある場合を除き平成30年10月1日～10月31日**に受診した外国人についてお答えください。

1. 基本情報

1-1. 貴院の基本情報を太枠内にご記入下さい。

フリガナ				電話(代表)	
医療機関名				ファクシミリ	
所在地	〒		—		

2. 外国人患者の受入実績について

平成30年10月1日～10月31日の期間に受け入れた外国人患者について以下の質問にお答えください。
 なお、在留外国人、訪日外国人、医療を目的に訪日した外国人については、以下の定義に基づきご回答ください。

- ・在留外国人：
 在留資格を持ち（在留カード所持者）、日本に中長期居住している外国人患者。
 なお、在留資格を持っている外国人の多くは保険証を所持しています。日本語での意思疎通が難しい在留外国人は、「日本語での意思疎通が難しい、日本に居住している外国籍の患者」を選択下さい。
- ・訪日外国人（医療渡航を除く）：
 観光等の目的で日本に短期間訪日している外国人。ただし、下記の「医療を目的に訪日した外国人」を除く。
- ・医療を目的に訪日した外国人：訪日外国人のうち、日本に入国する前に、医療機関と調整した上で来日した外国人。

※保険証を所持していても、在留外国人であるかどうかについては必ずしも容易に確認できないことから、**把握できる限り**で記載ください。

※「未収金を生じた患者」については、診療の対価を請求したにも関わらず、請求日より**1か月**を経ても診療費の全額を支払っていない患者を指すこととします。

		外来				入院				
A 在留外国人患者	1 受入れの有無	1 あり・2 なし・3 把握できなかった				1 あり・2 なし・3 把握できなかった				
	(3の場合) 把握できなかった理由									
	(1または2の場合) 把握している在留外国人患者	1 在留資格を持ち中長期日本に居住している外国人患者 2 日本語での意思疎通が難しい、在留資格をもつ外国籍の患者								
2 (1で受入れ「あり」の場合) 期間内の延べ患者数	(延べ患者数)	[] 名		(延べ患者数)		[] 名				
	概数を把握している場合 (番号を記入)	[]	1. 5名以内	3. 11~20名	[]	1. 5名以内	3. 11~20名			
		[]	2. 6~10名	4. 21名以上	[]	2. 6~10名	4. 21名以上			
3	受け入れた外国人の国籍について以下に該当する外国人の人数をお答えください。また、以下にあげた国以外の国籍の外国人を受け入れた場合、その国籍と人数を「その他」の欄に記載ください。									
	中国	[] 名	ベトナム	[] 名	ロシア	[] 名				
	アメリカ合衆国	[] 名	インドネシア	[] 名	韓国	[] 名				
	カナダ	[] 名	モンゴル	[] 名	オーストラリア	[] 名				
	フィリピン	[] 名								
	その他	[]								
4	受け入れた患者のうち、未収金を生じた患者	(延べ患者数)		[] 名	(延べ患者数)		[] 名			
	未収金の合計金額 (円)			[] 円			[] 円			
5	公的医療保険利用の有無	あり		[] 名	あり		[] 名			
		なし		[] 名	なし		[] 名			
L	「あり」のうち保険種別	国民健康保険	[] 名	健康保険(※1) (被保険者)	[] 名	健康保険(※2) (被扶養者)	[] 名	その他	[] 名	
6	民間医療保険利用の有無	[] あり	[] なし							

(※1) 企業等に勤務している方で、協会けんぽや健康保険組合の保険証を所持している方。

(※2) 企業等に勤務している方に扶養されている方で、協会けんぽや健康保険組合の保険証を所持している方。

		外来			入院							
B 訪日外国人（医療渡航を除く）	1 受入れの有無	1 あり・2 なし・3 把握できなかった			1 あり・2 なし・3 把握できなかった							
	(3の場合) 把握できなかった理由											
	2 (1で受入れ「あり」の場合) 期間内の延べ患者数	(延べ患者数)			名	(延べ患者数)			名			
		概数を把握している場合（番号を記入）				概数を把握している場合（番号を記入）						
			1. 5名以内	3. 11～20名		1. 5名以内	3. 11～20名					
			2. 6～10名	4. 21名以上		2. 6～10名	4. 21名以上					
3 受け入れた外国人の国籍について以下に該当する外国人の人数をお答えください。また、以下にあげた国以外の国籍の外国人を受け入れた場合、その国籍と人数を「その他」の欄に記載ください。	中国		名	ベトナム		名	ロシア		名			
	アメリカ合衆国		名	インドネシア		名	韓国		名			
	カナダ		名	モンゴル		名	オーストラリア		名			
	フィリピン		名									
	その他											
4 受け入れた患者のうち、	(延べ患者数)		名	(延べ患者数)		名						
	未収金の合計金額（円）		円			円						
5 公的医療保険利用の有無	あり		名	あり		名						
	なし		名	なし		名						
6 「あり」のうち 保険種別	国民健康保険		名	健康保険（※1） （被保険者）		名	健康保険（※2） （被扶養者）		名	その他		名
	民間医療保険利用の有無		あり		なし							

(※1) 企業等に勤務している方で、協会けんぽや健康保険組合の保険証を所持している方。

(※2) 企業等に勤務している方に扶養されている方で、協会けんぽや健康保険組合の保険証を所持している方。

		外来、入院（健診のみのものを除く）			健診のみのもの（外来、入院を問わない）		
C 医療を目的に訪日した外国人	1 受入れの有無	1 あり・2 なし・3 把握できなかった			1 あり・2 なし・3 把握できなかった		
	(3の場合) 把握できなかった理由						
	2 (1で受入れ「あり」の場合) 期間内の延べ患者数	(延べ患者数) <input type="text"/> 名			(延べ患者数) <input type="text"/> 名		
		概数を把握している場合（番号を記入）			概数を把握している場合（番号を記入）		
		<input type="text"/>	1. 5名以内	3. 11～20名	<input type="text"/>	1. 5名以内	3. 11～20名
		<input type="text"/>	2. 6～10名	4. 21名以上	<input type="text"/>	2. 6～10名	4. 21名以上
	3	受け入れた外国人の国籍について以下に該当する外国人の人数をお答えください。また、以下にあげた国以外の国籍の外国人を受け入れた場合、その国籍と人数を「その他」の欄に記載ください。					
	中国	<input type="text"/> 名	ベトナム	<input type="text"/> 名	ロシア	<input type="text"/> 名	
	アメリカ合衆国	<input type="text"/> 名	インドネシア	<input type="text"/> 名	韓国	<input type="text"/> 名	
	カナダ	<input type="text"/> 名	モンゴル	<input type="text"/> 名	オーストラリア	<input type="text"/> 名	
フィリピン	<input type="text"/> 名						
その他	<input type="text"/>						
4	受け入れた外国人の診断のICD分類について以下に該当する外国人の人数をお答えください。また、以下にあげた診断以外の診断を受け入れた外国人を受け入れた場合、その診断と人数を「その他」の欄にICD-10に基づき記載ください。						
悪性新生物 (C00-C97)	<input type="text"/> 名	循環器系疾患 (I00-I99)	<input type="text"/> 名	腎尿路生殖器系疾患 (N00-99)	<input type="text"/> 名		
呼吸器系疾患 (J00-J99)	<input type="text"/> 名	妊娠、分娩及び産褥 (O00-O99)	<input type="text"/> 名	損傷、中毒及びその他の外因の影響 (S00-T98)	<input type="text"/> 名		
筋骨格系及び結合組織疾患 (M00-M94)	<input type="text"/> 名	消化器系疾患 (K00-K94)	<input type="text"/> 名	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害 (D50-D89)	<input type="text"/> 名		
		眼及び付属器の疾患、耳及び乳様突起の疾患 (H00-H95)	<input type="text"/> 名				
その他	<input type="text"/>						
5	(延べ患者数) <input type="text"/> 名			(延べ患者数) <input type="text"/> 名			
└ 未収金の合計金額 (円)	<input type="text"/> 円			<input type="text"/> 円			
6 公的医療保険利用の有無	あり <input type="text"/> 名			あり <input type="text"/> 名			
	なし <input type="text"/> 名			なし <input type="text"/> 名			
└ 「あり」のうち保険種別	国民健康保険 <input type="text"/> 名	健康保険 (※1) (被保険者) <input type="text"/> 名	健康保険 (※2) (被扶養者) <input type="text"/> 名	その他 <input type="text"/> 名	<input type="text"/> 名		
7 民間医療保険利用の有無	<input type="text"/> あり	<input type="text"/> なし					

(※1) 企業等に勤務している方で、協会けんぽや健康保険組合の保険証を所持している方。

(※2) 企業等に勤務している方に扶養されている方で、協会けんぽや健康保険組合の保険証を所持している方。

5. 未収金を生じた患者の詳細について

平成30年10月1日～10月31日の期間に受け入れた外国人患者のうち、未収金を生じた患者のそれぞれについて、以下の表にご記入ください。

	国籍	患者分類 (以下から選択) ①：在留外国人 ②：訪日外国人(医療 渡航を除く) ③：医療を目的に訪日 した外国人	入院/ 外来	(入院の場合) 入院日数 (日)	診断名	請求金額 (総額、円)	未収となった 金額 (円)	医療機関が 加入する 保険による 未収金の補填 (有、無)
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								

6. その他

本調査結果について、都道府県において課題解決を検討するための参考として頂くよう、厚生労働省が取りまとめた上で、**都道府県、厚生労働省科学研究事業に共有することを同意されない場合にレ点。**

7. ご担当者様の情報

差し支えなければ、ご担当者様の情報（必要時、本調査に関することや外国人患者受入れに関すること等をお伺い
する際のご連絡先）をご記入ください。複数の方が担当された場合は、代表者様の情報をご記入ください。

フリガナ		電話番号	
お名前		ファクシミリ	
ご所属・役職			
メールアドレス			

**医療機関における外国人患者の受入に係る実態調査
調査票C 周産期医療に係る外国人患者受入れの現状に関する調査票**

- 本調査は、外国人患者受入れ体制の状況等について実態を把握し、今後の体制整備のための基礎資料を得る目的で行うものです。
- 本調査の調査票は、全国の病院及び抽出された診療所を対象とした調査票A及びBと、地域周産期母子医療センター及び総合周産期母子医療センターを対象とした調査票Cから構成されています。地域周産期母子医療センター及び総合周産期母子医療センターは調査票A、B及びCを、それ以外の病院及び診療所におかれては調査票A及びBにご回答ください。
- この調査票は、貴院における周産期医療に係る外国人患者受入れの現状等についてお尋ねするもの（調査票C）です。
- 本調査票においては、特に別の記載がある場合を除き平成29年度（平成29年4月1日～平成30年3月31日）に受け入れた患者について以下の質問にお答えください。

1. 基本情報

1-1. 貴院の基本情報を太枠内にご記入下さい。

フリガナ				電話(代表)	
	医療機関名			ファクシミリ	
所在地	〒		-		

2. 外国人患者の受入実績について

平成29年度（平成29年4月1日～平成30年3月31日）に受け入れた患者について以下の質問にお答えください。
 なお、訪日外国人については、以下の定義に基づきご回答ください。

- ・ 訪日外国人（医療渡航を除く）：
 観光等の目的で日本に短期間訪日している外国人。（日本に居住していない）

2-1. 妊娠12週以降に分娩に至った妊婦		例
a. うち、訪日外国人であった者		1 あり ・ 2 なし ・ 3 把握していない
(a. が1「あり」の場合) その例数		例
2-2. 妊娠12週より前の流産に対して手術を実施した患者（人工流産を除く）		例
a. うち、訪日外国人であった者		1 あり ・ 2 なし ・ 3 把握していない
(a. が1「あり」の場合) その例数		例
2-3. 異所性妊娠の手術を実施した患者		例
a. うち、訪日外国人であった者		1 あり ・ 2 なし ・ 3 把握していない
(a. が1「あり」の場合) その例数		例

3. 訪日外国人に係る周産期医療の患者それぞれの詳細について

3-1 平成29年度（平成29年4月1日～平成30年3月31日）に受け入れた、妊娠12週以降に分娩にいたった妊婦のうち、訪日外国人である者のそれぞれについての情報を以下の表にご記入ください。

	国籍	年齢	分娩週数(週)	病名① (入院の主たる原因)	病名② (入院の主たる原因)	分娩方法 (①～④から選択) ①正常経膣分娩 ②異常経膣分娩 ③予定帝王切開 ④緊急帝王切開	生産又は死産※	退院までに要した日数(日)	請求金額の総額(円)	未収金の有無	通訳手配の有無	旅行者保険加入の有無	旅行者保険による診療費の補填の有無
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

※ ここで言う「死産」とは、「妊娠12週以降22週未満の流産又は妊娠22週以降の死産」を言う。

3-2 平成29年度（平成29年4月1日～平成30年3月31日）に受け入れた、**妊娠12週より前の流産に対して手術を実施した患者（人工流産を除く）のうち、訪日外国人である者**のそれぞれについての情報を以下の表にご記入ください。

	国籍	年齢	退院までに要した日数	請求金額の総額 (円)	未収金の有無	(未収金がある場合) その金額 (円)	通訳手配の有無	旅行者保険加入の有無	旅行者保険による診療費の補填の有無
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									

3-3 平成29年度（平成29年4月1日～平成30年3月31日）に受け入れた、異所性妊娠の手術を実施した患者のうち、訪日外国人である者のそれぞれについての情報を以下の表にご記入ください。

	国籍	年齢	退院までに要した日数	請求金額の総額 (円)	未収金の有無	(未収金がある場合) その金額(円)	通訳手配の有無	旅行者保険加入の有無	旅行者保険による診療費の補填の有無
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									

3-4 平成29年度（平成29年4月1日～平成30年3月31日）に受け入れた、訪日外国人が分娩した新生児のそれぞれについての情報を以下の表にご記入ください。

	母の国籍	年齢	小児科医の分娩立ち会いの有無	在胎週数(週)	分娩方法 (①～④から選択) ①正常経産分娩 ②異常経産分娩 ③予定帝王切開 ④緊急帝王切開	NICU入院の有無	(NICUに入院した場合)NICUの入院日数(日)	退院までに要した日数(日)	請求金額の総額(円)	未収金の有無	(未収金がある場合)その金額(円)	旅行者保険加入の有無	旅行者保険による診療費の補填の有無
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													

6. その他

本調査結果について、都道府県において課題解決を検討するための参考として頂くよう、厚生労働省が取りまとめた上で、**都道府県、厚生労働省科学研究事業に共有することを同意されない場合にレ点。**

7. ご担当者様の情報

差し支えなければ、ご担当者様の情報（必要時、本調査に関することや外国人患者受入れに関すること等をお伺い
する際のご連絡先）をご記入ください。複数の方が担当された場合は、代表者様の情報をご記入ください。

フリガナ		電話番号	
お名前		ファクシミリ	
ご所属・役職			
メールアドレス			