

- 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、全国の病院を対象とした調査票A及びBから構成されています。
- この調査票は、貴院における外国人患者受入れの実績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令和元年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	〒		-			
医療機関コード						

2. 外国人患者の受入実績について

令和元年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) <input type="text"/> 名		(延べ患者数) <input type="text"/> 名		(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"/>	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	<input type="text"/>	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。国籍が把握できなかった場合は、「その他」の欄に「不明〇名」と記載ください。										
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 受け入れた患者のうち、未収金を生じた患者	(延べ患者数) <input type="text"/> 名		(延べ患者数) <input type="text"/> 名		(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		未収金の合計金額 (円) <input type="text"/> 円		未収金の合計金額 (円) <input type="text"/> 円		未収金の合計金額 (円) <input type="text"/> 円				
5 公的医療保険利用の有無	あり <input type="text"/> 名		あり <input type="text"/> 名		あり <input type="text"/> 名		あり <input type="text"/> 名				
	なし <input type="text"/> 名		なし <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			
	民間医療保険	<input type="text"/> あり	民間医療保険	<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。

		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。国籍が把握できなかった場合は、「その他」の欄に「不明〇名」と記載ください。											
	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						
└	「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（健診のみものを除く）			健診のみもの（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)			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。国籍が把握できなかった場合は、「その他」の欄に「不明〇名」と記載ください。								
	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)		名	循環器系疾患 (I00-I99)		名	腎尿路生殖器系疾患 (N00-99)		名		
呼吸器系疾患 (J00-J99)		名	妊娠、分娩及び産褥 (O00-O99)		名	損傷、中毒及びその他の外因の影響 (S00-T98)		名		
筋骨格系及び結合組織疾患 (M00-M94)		名	消化器系疾患 (K00-K94)		名	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害 (D50-D89)		名		
眼及び付属器の疾患、耳及び乳様突起の疾患 (H00-H95)		名								
その他										
5	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
6	公的医療保険利用の有無	あり				名	あり			名
		なし				名	なし			名
└	「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
7	民間医療保険利用の有無	あり					なし			
		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

令和元年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			