

患者氏名 :
患者 ID :

入院歴の確認について

患者様氏名	
患者様の診察券番号	
今回入院日	年 月 日

入院料算定に必要なため、おうかがいします。

※患者様の個人情報については、院内の規定に基づき対応させていただきます。

過去3ヶ月以内に、日本国内で入院されたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

「ある」とお答えの場合、入院された医療機関名および傷病名をお答えください。	
医療機関名	
医療機関の電話番号	
入院年月日	年 月 日
退院年月日	年 月 日
傷病名	

*退院証明書をお持ちの場合は、ご提示ください。