

患者氏名 :  
患者ID :

Português/ポルトガル語

## SOBRE A CONFIRMAÇÃO DO HISTÓRICO DE INTERNAÇÕES /入院歴の確認について

<b>Nome do(a) paciente</b> /患者氏名	
<b>Número do cartão de consultas do paciente</b> /患者様の診察券番号	
<b>Data desta internação</b> (Ano/Mês/Dia) /今回入院日	Ano/年    Mês/月    Dia/日

As perguntas a seguir são para o cálculo das taxas de internação.

/入院料算定に必要なため、お伺いします。

\*As informações pessoais dos pacientes serão tratadas conforme os regulamentos internos deste hospital.

/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。

<b>Você foi internado(a) no Japão nos últimos 3 meses?</b> /過去3ヶ月以内に、日本国内で入院したことがありますか。	<input type="checkbox"/> SIM/ある <input type="checkbox"/> NÃO/ない
--	--

**Quem respondeu “Sim”, indique o nome da instituição médica e o(s) nome(s) da(s) doença(s) /lesão(ões) quando foi internado(a).**

/「ある」と回答した場合、入院された医療機関名および傷病名を書いてください。

<b>Nome da instituição médica</b> /医療機関名	
<b>Telefone da instituição médica</b> /医療機関の電話番号	
<b>Data da internação</b> (Ano/Mês/Dia) /入院年月日	Ano/年    Mês/月    Dia/日
<b>Data da alta hospitalar</b> (Ano/Mês/Dia) /退院年月日	Ano/年    Mês/月    Dia/日
<b>Nome da doença ou lesão</b> /傷病名	

**\*Caso possua, favor apresentar o certificado da alta hospitalar.**

/退院証明書をお持ちの場合は、ご提示ください。

入院歴の確認について：2018年3月版