

患者氏名 :

患者 ID :

SOBRE A CONFIRMAÇÃO DO HISTÓRICO DE INTERNAÇÕES

Nome do paciente	
Número do cartão de consultas do paciente	
Data desta internação (Ano/Mês/Dia)	/ /

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

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

Você foi internado(a) no Japão nos últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
---	---

Para quem respondeu “SIM”, indique o nome da instituição médica e o(s) nome(s) da(s) doença(s) /lesão(ões) quando foi internado(a).	
Nome da instituição médica	
Telefone da instituição médica	
Data da internação (Ano/Mês/Dia)	/ /
Data da alta hospitalar (Ano/Mês/Dia)	/ /
Nome(s) da(s) doença(s)/lesão(ões)	

*** Caso possuir, favor apresentar o certificado da alta hospitalar.**