

患者氏名 :  
患者ID :

中文/中国語

## 住院史的确认 /入院歴の確認について

患者姓名 /患者氏名	
患者诊疗卡号 /患者様の診察券番号	
本次住院日 /今回入院日	年/年 月/月 日/日

为计算住院费，向您询问以下内容。

/入院料算定に必要なため、お伺いします。

※关于患者的个人信息，我们会根据医院规定妥善管理。

/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。

在过去的3个月内您是否在日本国内住过院？ /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"/> 是/ある <input type="checkbox"/> 否/ない
--	--

如果您的回答是“是”，请填写您所住医疗机构的名称及伤病名。 /「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。	
医院名称 /医療機関名	
医院电话号码 /医療機関の電話番号	
入院日期 /入院年月日	年/年 月/月 日/日
出院日期 /退院年月日	年/年 月/月 日/日
伤病名 /傷病名	

※如果您持有出院证明书，请出示。/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