

患者氏名 :  
患者ID :

English/英語

## Verification of Hospital Admission History /入院歴の確認について

<b>Patient name</b> /患者氏名	
<b>Hospital ID No.</b> /患者様の診察券番号	
<b>Date of current admission</b> (YYYY/MM/DD) /今回入院日	Year/年    Month/月    Day/日

The information below is needed to calculate the admission charges.

/入院料算定に必要なため、お伺いします。

\* Your personal information will be handled in accordance with the regulations of the institution.

/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>Have you been hospitalized in Japan within the past 3 months?</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"/> Yes/ある <input type="checkbox"/> No/ない
--	---

**If your answer is “Yes”, please indicate the name of the hospital and the disease or injury for which you were admitted.**  
/「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>Hospital name</b> /医療機関名	
<b>Hospital phone No.</b> /医療機関の電話番号	
<b>Admission date</b> (YYYY/MM/DD) /入院年月日	Year/年    Month/月    Day/日
<b>Discharge date</b> (YYYY/MM/DD) /退院年月日	Year/年    Month/月    Day/日
<b>Diagnosis</b> /傷病名	

**\*Please present the certificate of discharge if available.**

/退院証明書をお持ちの場合は、ご提示ください。