

ご入院時の確認

患者さんのご入院にあたり、過去3カ月以内の当院以外の入院歴を確認させていただきます。入院の期間等について正しい記入がない場合は、後日入院費の一部を患者さん自身に負担していただく場合があります。下記の項目を記入し、ご入院時の手続きの際に入退院・救急受付(⑦番)にご提出ください。

【入院期間の自己申告書】

- 過去3カ月以内に、他の医療機関に入院していたことがありますか。

ない

ある



- 前回入院していた医療機関から発行された退院証明書をお持ちですか。

はい

いいえ

※一緒に提出してください



- 前回入院していた医療機関名と入院期間をご記入ください。

医療機関名

所在地

電話番号 ()

入院期間 西暦 年 月 日～西暦 年 月 日

主な傷病名

- 前々回入院していた医療機関名と入院期間をご記入ください。

医療機関名

所在地

電話番号 ()

入院期間 西暦 年 月 日～西暦 年 月 日

主な傷病名

以上申告します。

西暦 年 月 日

患者氏名 _____

記入者氏名 _____ (続柄)