

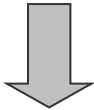
入院履歴確認書

患者さまのご入院にあたり、これまで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ご記入がない場合は、後日入院費の一部を患者さま自身に負担していただく場合があります。下記の項目をご記入し、ご入院時の手続きの際に入退院窓口にご提出ください。

【入院期間の自己申告書】

- ① 今回入院する前(3ヶ月以内)に、どちらかの医療機関に入院していたことがありますか。

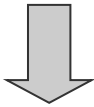
(ある ・ ない)



以下は、①で「ある」とお答えの方のみ記入してください。

- ② 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。

(いいえ ・ はい)



「はい」とお答えの方は、この自己申告書と一緒にご提出ください。

- ③ 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 | 年 月 日 ~ 年 月 日 |

- ④ 入院していたときの主な傷病名がわかればご記入ください。

| | |
|-----|--|
| 傷病名 | |
|-----|--|

以上申告します。

年 月 日

| | |
|----------------|---|
| 患者氏名 | |
| 記入者氏名 | Ⓔ |
| 本人でない場合は患者との続柄 | |

入院履歴確認書

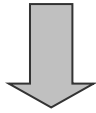
記載例

患者さまのご入院にあたり、これまで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ご記入がない場合は、後日入院費の一部を患者さま自身に負担していただく場合があります。下記の項目をご記入し、ご入院時の手続きの際に入退院窓口にご提出ください。

【入院期間の自己申告書】

① 今回入院する前(3ヶ月以内)に、どちらかの医療機関に入院していたことがありますか。

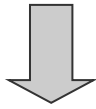
(ある ・ **ない**)



以下は、①で「ある」とお答えの方のみ記入してください。

② 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。

(いいえ ・ はい)



「はい」とお答えの方は、この自己申告書と一緒にご提出ください。

③ 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 | 年 月 日 ~ 年 月 日 |

④ 入院していたときの主な傷病名がわかればご記入ください。

| | |
|-----|--|
| 傷病名 | |
|-----|--|

以上申告します。

2021 年 2 月 10 日

← 入院日を記入してください

| | |
|----------------|----------------|
| 患者氏名 | 若葉 花子 |
| 記入者氏名 | 若葉 花子 印 |
| 本人でない場合は患者との続柄 | |