

入院歴確認書

この書類は健康保険法の規定により、患者さんの過去の入院について確認させていただくものです。
正確に申告されない場合は入院料の一部が自己負担となることがあります。必ずご記入ください。

1)

ふりがな		性別
患者氏名		男 ・ 女
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	年 月 日
年齢	歳	

2) 過去3か月以内に、他院に入院したことがありますか？ あてはまる答えに○をつけてください。

①いいえ→以下の記入は不要です

② はい →「退院証明書」をお持ちですか → はい → 退院証明書をご持参ください(以下記入不要)

→ いいえ → 以下3)についてご記入ください

3) 過去3ヶ月以内に入院歴のある病院名・病名・入院期間をご記入ください

病院名	病名	入院期間
		年 月 日 ~ 年 月 日
		年 月 日 ~ 年 月 日
		年 月 日 ~ 年 月 日
		年 月 日 ~ 年 月 日
		年 月 日 ~ 年 月 日

この書類は、入院当日「入院病棟の窓口」に、ご提出ください。