

入院歴確認書

この書類は、健康保険法の規定により、患者様のこれまでの入院について確認させていただくものです。

下記の項目について、正確に申告して下さい。(正確に申告いただけない場合、入院費の計算に誤りが生じ、費用の追加請求がある場合もあります)

フリガナ		性別	男・女	
患者氏名				
生年月日	明・大・昭・平・令 (歳)	年	月	日生

過去6ヶ月以内に、当院以外の病院(医院)に入院したことがある場合は、下記にご記入下さい。

入院していた病院(医院)	入院していた病気(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
		年	月	日	～	年	月	日

※ 上記にご記入いただいた病院(医院)で、「退院証明書」が発行されていたら、その写しを添付して下さい。

※ この書類は入院当日に、入退院窓口にご提出下さい。