

入院される患者さまへ

平成14年4月1日より厚生労働省告示第71号の診療報酬改定に伴い、患者さまには入院履歴を申告していただくことになりました。申告されない患者さまは、患者さまに不利益になる場合もありますのでご注意ください。

つきましては、下記質問に正確にお答えください。(該当するものに○又は記載してください。)

ご氏名

生年月日 M・T・S・H・R 年 月 日

1. 過去3ヶ月以内に保険医療機関に、ご入院されましたか。

ア. していません ⇒ 質問はここで終わりです。
ありがとうございました。

イ. しました ⇒ 退院証明書をお持ちの場合は、2階入退院支援センターにお出ください。
お持ち出ない方は次の質問2. をお答えください。

2. 入院されていた医療機関名・入院期間・病名をお答えください。

医療機関名

電話番号

・ 前の医療機関で入院されていた期間をお答えください。

年 月 日 ～ 年 月 日

・ 前の医療機関で入院された病名をお答えください。(不明な場合は記入不要)

病名

質問は終わりです。ありがとうございました。
尚、秘密保持には万全を期しております。