

入院期間申告書

この入院期間申告書は平成14年度医療法改正に伴い患者様が過去3ヶ月以内に
他院にて入院歴があるか否かを申告する書類です。

虚偽の申告等を行った場合は保険者からそれにより発生する損失を後日費用徴収が
行われる可能性があります。

《 ※ 過去の入院歴が通算して180日を超える場合は入院基本料の一部を
患者様にお支払して頂く場合があります。 》

確認事項				
1. 過去3ヶ月以内に他院にて入院をした事がある。	ある	・	ない	
【 1 】にて "ある" と お答えの方のみ [2 ~ 6] を記載してください				
2. 入院していた医療機関名	[] 病 院 ・ 診療所			
3. 入 院 日	令和	年	月	日
4. 退 院 日	令和	年	月	日
5. 入院の原因となった傷病名				
6. 退院証明書の有無	有	・	無	

上記の通り相違ない事を申告いたします。				
令和 年 月 日				
患者様署名 _____				
家族等代理人署名 _____ (患者様氏名:)				
※患者様ご本人がご確認、ご署名いただければ、 ご家族等代理人のご署名は必要ございません。				
但し、次の場合は、ご家族等代理人のご署名をお願いいたします。				
■ 患者様が18歳未満の場合 ※但し18歳であっても高校在学中は、未成年と同様の扱いとします。				
■ 患者様ご本人がご確認、ご署名できない場合				

尼崎中央病院