

# 入院履歴確認書

施設名：

患者氏名

\* 患者番号

(番号は病院で記載します)

住 所

当院入院年月日 平成 年 月 日

過去3月以内の入院歴 有り・なし

\* 有りの方だけ下記について、記載願います。

(わかる範囲での記入で結構です)

入院先病院名

入院先病院住所

電 話 番 号

入院期間 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで

入院理由・傷病名

\* 平成14年度の診療費改定により、医療機関において入院患者さんから、上記の確認を行うことが義務づけられました。  
他医療機関から退院証明書の交付を受けている方は、いっしょに提出願います。

\* 医療機関記入

選定医療の期間 有・無 平成 年 月 日～平成 年 月 日 ( 日間)