

入院患者様 各位

厚生労働省より保険医療機関は窓口にて患者様やご家族様等に対して、当該患者様の過去3か月以内の入院の有無を確認することを指示されております。

当院では、この用紙を持ちまして確認を行っております。お手数ですが下記にお答え頂き受付へご提出下さい。但し、退院証明書をお持ちの方はその用紙をお持ち頂ければ結構です。

ご注意

この用紙の提出期限は入院当月とし、この期限内にご提出頂けない場合は、入院歴は無いものとし、又、申告もれ等により発生する損失について、後日費用徴収が行われる可能性がありますのでご承知ください。

提出場所 3階 受付 入院係

静岡県熱海市昭和町20-20
医療法人社団 熱海所記念病院
(0557)82-3000

患者様情報・入院の有無

ご記入日 平成27年 1月 1日

患者様のお名前 所 太郎 様 代筆 鈴木 花子* 様

患者様の生年月日 明・大・**昭**・平 10 年 5 月 6 日

入院の有無 **有**・無 「有」に○を付けた方のみ下記にお答え下さい

(入院情報※)

■入院されていた医療機関の名称 所 太郎

■医療機関の電話番号 (0557) 10 - 5600
脳腫瘍

■入院の原因となった傷病名 _____

■入院期間 26 年 11 月 2 日～ 26 年 11 月 3 日

※ 入院歴のある方：複数回または複数の医療機関へ入院されていた場合、最後に入院された医療機関情報をご記入ください。

※ 代筆：患者様以外の方がご記入する場合、ご記入をお願い致します。