

患者氏名 _____

患者様の入院経歴（過去三ヶ月）申告のお願い

保険診療報酬改正に伴い、患者様は入院に際して保険医療機関からの求めに応じ、自己の入院経歴を申告することが義務づけられました。

なお、虚偽の申告などを行った場合は、それにより発生する診療報酬の差額を後日費用徴収させて頂くこともございますので、ご理解の上、下記質問事項の記入をお願いいたします。

1. 本日より三ヶ月以内に当院以外の病院へ入院した事がありますか？
(有 ・ 無)

2. 上記質問にて「有」と答えられた方のみお答えください。

※ 前回入院していた医療機関が発行した退院証明書をお持ちの方は、入退院受付窓口にご掲示下さい。

病院名 ()
期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

病院名 ()
期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

病院名 ()
期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

国立研究開発法人
国立精神・神経医療研究センター病院

<事務確認欄>

I D		入院日：	令和 年 月 日	受付担当者	
病棟		起算日：	令和 年 月 日	病棟担当者	
			(入院日と異なる場合に記入)		