

患者氏名 :  
患者ID :

中文/中国語

## 住院史的确认证 /入院歴の確認について

患者姓名 /患者氏名	
患者诊疗卡号 /患者様の診察券番号	
本次住院日 /今回入院日	年/年 月/月 日/日

为计算住院费，向您询问以下内容。

/入院料算定に必要なため、お伺いします。

※关于患者的个人信息，我们会根据医院规定妥善管理。

/患者様の個人情報については、院内の規定に基づき対応させていただきます。

在过去的3个月内您是否在日本国内住过院？ /過去3ヶ月以内に、日本国内で入院したことがありますか。	<input type="checkbox"/> 是/ある <input type="checkbox"/> 否/ない
--	--

如果您的回答是“是”，请填写您所住医疗机构的名称及伤病名。 /「ある」と回答した場合、入院された医療機関名および傷病名を書いてください。	
医院名称 /医療機関名	
医院电话号码 /医療機関の電話番号	
入院日期 /入院年月日	年/年 月/月 日/日
出院日期 /退院年月日	年/年 月/月 日/日
伤病名 /傷病名	

※如果您持有出院证明书，请出示。/退院証明書をお持ちの場合は、ご提示ください。

入院歴の確認について：2017年12月版

本資料は、医師や法律の専門家等の監修をうけて作成されておりますが、日本と外国の言葉や制度等の違いにより解釈の違いが生じた際には、日本語を優先とします。

本資料是在医生及法律专家的监修下所编撰的，因日本和其他国家的语言和制度上的不同，有不同的解释时，以日语为准。