

患者氏名 :
患者ID :

English/英語

Verification of Hospital Admission History /入院歴の確認について

Patient name /患者氏名	
Hospital ID No. /患者様の診察券番号	
Date of current admission (YYYY/MM/DD) /今回入院日	Year/年 Month/月 Day/日

The information below is needed to calculate the admission charges.

/入院料算定に必要なため、お伺いします。

* Your personal information will be handled in accordance with the regulations of the institution.

/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。

Have you been hospitalized in Japan within the past 3 months? /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"/> Yes/ある <input type="checkbox"/> No/ない
--	---

If your answer is “Yes”, please indicate the name of the hospital and the disease or injury for which you were admitted.
/「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。

Hospital name /医療機関名	
Hospital phone No. /医療機関の電話番号	
Admission date (YYYY/MM/DD) /入院年月日	Year/年 Month/月 Day/日
Discharge date (YYYY/MM/DD) /退院年月日	Year/年 Month/月 Day/日
Diagnosis /傷病名	

***Please present the certificate of discharge if available.**

/退院証明書をお持ちの場合は、ご提示ください。