

患者様、ご家族連絡先・入院歴用紙

記載日

年 月 日

入院日	年 月 日		病 棟	F	入院説明を受けた方の氏名	
ふりがな 氏 名			性 別	男 ・ 女		
連 絡 先	連絡順	ふりがな 氏 名	居住地	続 柄	電 話 番 号	
	①				(携帯)	
					(自宅)	
	②				(携帯)	
					(自宅)	
	③				(携帯)	
					(自宅)	
	④				(携帯)	
					(自宅)	
	散 髪			家族判断		病院判断
どちらか○で囲んで下さい						
病 衣	病衣についてはリースの物を使用して頂くようお願いしております。 本人、ご家族等で寝まきを用意したい場合はご相談ください。					
その他						

『入院期間をお知らせ下さい』

厚生労働省の定めにより、保険医療機関は患者様の入院に際し、過去3カ月以内の入院履歴を確認する事になっております。つきましては、当院に入院される以前の入院履歴の申告をお願い致します。

過去3カ月の間に入院履歴	ある ・ ない
--------------	---------

※入院履歴が「ある」とお答え頂いた方は下記の欄にご記入をお願いします。

入院期間	病院の名称	病名
年 月 日から		
年 月 日まで		
年 月 日から		
年 月 日まで		
年 月 日から		
年 月 日まで		