

最近3ヶ月における入院(当院を除く)の有無の確認について

フリガナ	
氏名	
生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日
入院の有無	<p>1 最近3ヶ月以内における入院(当院を除く)の有無 有・無</p> <p>2 有の場合は以下の事項も記入してください。</p> <p>① 入院した医療機関名</p> <p>名称： _____</p> <p>住所： _____</p> <p>(注) 正確な住所がわからない場合は、市町村名だけ記入してください。 他医療機関の退院証明書の発行を受けておられる場合はその原本又は 写しを添付してください。</p> <p>② 入院した時の病名</p> <p>_____</p> <p>③ 入院した期間</p> <p>令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日</p> <p>_____</p> <p>令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日</p> <p>_____</p>

オンライン資格確認システムによる患者さまの資格情報の確認について

当院ではオンライン資格確認システムの利用により患者さんの直近の資格情報等(加入している医療保険や自己負担限度額等)が確認できます。

これにより、限度額適用認定証等がなくても、当院における窓口での限度額以上の一時的な支払いが不要になります。

上記内容につき理解した上で、当院におけるオンライン資格確認システムによる資格取得に

同意する

同意しない

令和 年 月 日 患者氏名

保護者または代理人

(続柄)