

年 月 日

入院履歴申出書

本日（ 月 日）の入院日より過去3カ月以内に入院していたかどうかを次により、お申し出ください。（該当箇所には○を記載してください）

1 本日より過去3カ月以内に入院していましたか。

ア 入院していません ⇒ 以降の記載は不要です

イ 入院していました ⇒ 次の項目へ

2 入院していた病院はどちらですか。

ア 神奈川県立循環器呼吸器病センターのみ ⇒ 以降の記載は不要です

イ 神奈川県立循環器呼吸器病センター以外 ⇒ 次の項目へ

3 退院証明書はありますか。

ア あります ⇒ 退院証明書を提出して、以降の記載は不要です

イ ありません ⇒ 次の欄に記載してください

1 回	入院していた病院等の名前	
	その病院等の住所または電話	
	入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	入院時の病名	
2 回	入院していた病院等の名前	
	その病院等の住所または電話	
	入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	入院時の病名	

地方行政独立法人神奈川県立病院機構

神奈川県立循環器呼吸器病センター所長 様

上記のとおり、申し出ます

患者 ID _____

患者氏名 _____

《注》

- 1 平成14年4月の健康保険法の改定により、入院歴の確認が義務付けられました
- 2 入院日までに記載して、入院当日受付にご提出ください
- 3 入院歴が3回以上ある方は、受付に申し出て、用紙を追加してください