

入院歴の有無にかかわらず患者さんの  
氏名は必ず記入して下さい。

平成 年 月 日

氏 名 様

## 入 院 歴 確 認 書

平成 年 月 日 当院入院における過去3ヶ月以内の  
入院歴を確認しますので下記への記入をお願いします。

(1)	平成 年 月 日～平成 年 月 日 (医療機関名)	
(2)	平成 年 月 日～平成 年 月 日 (医療機関名)	
(3)	平成 年 月 日～平成 年 月 日 (医療機関名)	
(4)	平成 年 月 日～平成 年 月 日 (医療機関名)	
(5)	平成 年 月 日～平成 年 月 日 (医療機関名)	

入院歴のある方で退院証明書がある方は一緒に提出して下さい。

お持ちでない方は提出の際にお伝え下さい。