

(入院月日) 令和 年 月 日

入院歴確認書

氏名 _____ 様

過去3ヶ月以内に他院の入院歴がありますか。

ある ない

「ある」とお答えの場合、入院された医療機関名と入院期間をご記入下さい。

尚、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)

医療機関名	入院期間
	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

※提出はお早めをお願いします。