

入院日 令和 年 月 日  
入院病棟 \_\_\_\_\_ 病棟

## 入院履歴確認書

聖マリアンナ医科大学病院

厚生労働省の告示により、『長期入院に係る保険給付の見直し』がおこなわれています。これにより各医療機関は、入院時に患者さんの入院歴を確認する必要があります。患者さんにおいては、医療機関の求めに応じて入院履歴の申告をして頂くこととなりました。

当院では、患者さんの申告（本調査書）に基づいて入院料を算定いたしますが、保険者（各保険組合又は各市町村）等からの連絡によって入院履歴の申告漏れが判明した場合には、厚生労働省通達に従い、保険適用となる額との差額を患者さんから追加徴収させていただきますので悪しからずご了承ください。

※お願い

- 3カ月以内に当院の入院だけでなく、同じ病気で他の病院等に入院されていた場合、入院期間を通算して算定することになりました。
- 同じ病気で通算入院期間 180 日超の場合、入院医療費（入院基本料）の一部を自己負担していただくことが、法律で定められていますのでご了承ください。

3か月以内に他の病院でのご入院はありましたか？

1. ありません

2. あります（2に✓をした方は下記の枠内を記入してください。）



※退院証明書をお持ちの方はご掲示ください。

医療機関名	入院履歴	傷病名・証明書有無
	年 月 日から 年 月 日まで	傷病名 退院証明書 有 無
	年 月 日から 年 月 日まで	傷病名 退院証明書 有 無

聖マリアンナ医科大学病院 病院長殿 以上申告します。

令和 年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_