患者氏名： _____

入院患者さんへ

天理よろづ相談所病院

ご請求について

- 退院時に未払いの場合は、診療費支払いに関する誓約を取り交し、支払誓約日を過ぎた場合は速やかに督促させていただきます。
- 督促を含め、退院日より3カ月を超えた未払いに関して、入院誓約書に記載してあり、代位弁済を保証会社へ依頼する場合があります。
- 入院誓約書の記載事項の変更が生じた場合は、速やかにご連絡下さい。

上記内容について確認しました

その他の同意及び確認事項について

※以下の項目についてご確認の上ご記入下さい。(□には該当するもの等に✓)

●オンライン資格確認について

高額療養費における限度額や減額認定等について、当院がオンラインでの資格確認を行うことに

同意する ・ 同意しない

●前回入院期間の確認について

入院料算定の要件に基づき、過去3カ月以内の入院の有無を確認させて頂いております。お手数ですが以下にご記入下さい。

今回入院前3カ月以内に他の病院に入院したことはありますか？

1. ない 2. ある (ある場合は以下にご記入下さい。)

①病院名：

入院期間 年 月 日 ～ 年 月 日

②病院名：

入院期間 年 月 日 ～ 年 月 日

※退院証明書をお持ちの場合は入院受付時にご提出下さい。

●当院入院中における他院への受診について

原則として、当院入院中に健康保険扱いによる他医療機関(病院・診療所・クリニック等)への受診はできません。入院中に他院の予約や薬切れ等がある場合は必ず病棟スタッフにお申し出下さい。※詳しくは「入院のご案内」13ページをご参照下さい。

上記内容について確認しました