



提出先： 外来棟 1 階入退院受付（入院当日に提出してください）

入院日 西暦 20 年 月 日

診療科名 _____ 科

ふりがな
患者氏名 _____

入院期間等に関する確認書

I, 本日から過去 3 ヶ月間に入院したことがありますか？（京大病院を除く）

- ① ありません ② あります ※他病院からの退院証明書をお持ちの方は提出して下さい。

II, ②に○をされた方は、入院期間、病院名、傷病名を記入して下さい。

• 年 月 日～ 年 月 日

病院名 _____

傷病名 _____

• 年 月 日～ 年 月 日

病院名 _____

傷病名 _____

• 年 月 日～ 年 月 日

病院名 _____

傷病名 _____

III, 臓器提供意思カードはお持ちですか？

- ① 持っている ② 持っていない