



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

診療番号 \_\_\_\_\_ ふりがな  
患者氏名 \_\_\_\_\_

## 入院期間に関する確認書

I, 京大病院以外の病院に本日から過去 3 ヶ月間に入院したことがありますか？

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 \_\_\_\_\_