

個室・上級室証明書

所 属		認定番号			
氏 名		傷 病 名			
入 院 期 間	平成 年 月 日から	年 月 日まで	日間		
個室・上級室を必要とした期間	平成 年 月 日から	年 月 日まで	日間		
個室・上級室を必要と認めた具体的な理由（該当するものに○を付けて、下の括弧にその内容を分かりやすく記載してください。）	<p>ア 病状重篤で絶対安静とし、又は手術のため常時監視を要する場合など、療養上他の患者から隔離しなければ適切な診療を行うことができなかった。</p> <p>イ 傷病の状態から隔離しなければ他の患者の療養を著しく妨げるおそれがあった。</p> <p>ウ 普通室が満床で、かつ、緊急に入院療養させる必要があった。</p> <p>エ その他特別な事情があった。</p> <p>上記（ア～エ）を選んだ具体的な理由</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 40px; margin: 10px 0;"></div>				
等級別室明細	呼 称 (例, 特別室, 個室)				
	収 容 人 員				
	1日当り 室 料 差 額	円	円	円	円
備 考					
<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="margin-right: 10px;">医療機関の</div> <div style="font-size: 3em; margin-right: 10px;">{</div> <div style="margin-right: 10px;">所在地</div> <div style="margin-right: 10px;">名 称</div> <div style="margin-right: 10px;">担当医師</div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 印 </div>					