差 額 室 使 用 理 由 書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  氏名 | ※ | | 認定番号 | | ※ | |
| 所属 | ※ | | | | | |
| 傷病名 |  | | | | | |
| 入院期間 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 | | | | | 日間 |
| 差額室を必要  とした期間 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 | | | | | 日間 |
| 差額室を使  用した理由  (○印を付し  てください) | １　症状重篤で常時監視し、随時適切な措置を要するもの。  ２　症状は必ずしも重篤ではないが手術のため、比較的長期にわたり常時監視し、随時適切な措置を要するもの。  ３　医学上、他の患者から隔離を要するもの。  ４　普通室が満床で、緊急入院を要するもの（ただし、初回入院日から７日を限度とする。）  ５　その他の使用理由（具体的に記入願います。） | | | | | |
| 使用室 | （　）個室  （　）上級室（　人室） | １日あたり  円 | | 使用料金計　　　　　　　円 | | |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。    　　　年　　　月　　　日  所 在 地  医療機関の　名　　称  担当医師 | | | | | | |

（注）　※欄は被災職員が記入すること。　　　　　　　　　　　地公災大阪府支部様式