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