

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)	<p>1 症状重篤で常時監視し、随時適切な措置を要するもの。</p> <p>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。</p> <p>3 医学上、他の患者から隔離を要するもの。</p> <p>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。)</p> <p>5 その他の使用理由(具体的に記入願います。)</p> <div style="border: 1px solid blue; height: 40px; margin-top: 10px;"></div>		
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			
医療機関の { 所在地 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