個室・上級室等使用証明書

支部様式10

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所　　属 |  | 認定番号 |  |
| 氏　　名 |  | 傷病名 |  |
| 入院期間 | 令和　　年　　月　　日から　令和　　年　　月　　日まで　　　　　　　日間 |
| 個室等の使用期間 | 令和　　年　　月　　日から　令和　　年　　月　　日まで　　　　　　　日間 |
| 療養上、個室等を使用することが必要と認められた期間 | （次の該当項目を〔　〕内に記入のうえ、その具体的理由及び期間を記入願います。）　　1　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。　　2　傷病の状態から、隔離しなければ他の患者の診療を著しく妨げるおそれがあった。　　3　普通室の満床であり、かつ緊急入院療養させる必要があった。　　4　その他療養上特別な理由があり、個室等を使用させる必要があった。　上記〔　　　　〕のため個室等を使用させる必要があった。　　・具体的理由：　　・必要とした期間：令和　　 年　　 月　　 日から　 　年　　 月　 　日　　 日間 |
| 上記以外の期間 | 5　療養上、個室等を使用する必要は認めなかったが、被災職員等の申し出等により、個室等を使用した。　・期　　　 間：令和　　 年　　 月　　 日から　 　年　　 月　 　日　　 日間 |
| 等級別の病室明細 | 呼　称（特別室、個室等） |  |  | 普通室（　　人部屋） |
| 収容定員 |  |  |  |
| 1日当たり室料差額 | 円 | 円 | 円 |
| 個室等使用料 | 療養上必要であった期間（上記1～4） | 日間 | 円 |
| 上記以外の期間（上記5） | 日間 | 円 |
| 備考 |  |
| 上記と相違ないことを証明します。　　令和　　　年　　　月　　　日 |
| 病院または　　　　　　　　　　　診療所の | ｛ | 所在地名称担当医師　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |