

退 院 証 明 書

保険医療機関名称 医療法人 オルカ医院
住所 東京都文京区本駒込 2 - 2 8 - 1 6
電話番号 03-3946-0001
主治医氏名 テスト 医師

患者氏名 テスト カンジャ 性別 (☒ 男) · 女)
患者住所 広島県広島市東区戸坂南テスト
電話番号 0120456789
生年月日 昭和 5 5 年 1 月 1 日 (45 歳)

1. 当該保険医療機関における入院年月日及び退院年月日

- (1) 入院年月日 令和 7 年 4 月 1 5 日
(2) 退院年月日 令和 7 年 4 月 2 2 日

2. 当該保険医療機関における入院基本料 (特定入院料を含む。) の種別及び算定期間
(複数ある場合はそれぞれ記載のこと)

(1) 入院基本料等の種別 :

(2) 算定期間 : 日 (年 月 日 ~ 年 月 日)

3. 当該保険医療機関退院日における通算対象入院料を算定した期間

(1) 日 (年 月 日 現在)

4. 当該保険医療機関の入院に係わる傷病名

(1) 傷病名 :

5. 転帰 (該当するものに○をつける)

- (1) 治癒
(2) 治癒に近い状態 (寛解状態を含む)
(3) その他

6. その他の特記事項