

PATIENT LABEL

**REPEATING IDENTICAL VISITS CONTINUATION SHEET
FOR
HOSPITALS FOR REFERENCE YEAR 2005**

A7c. Please tell me the dates of those other visits.

MO/DAY/YR

MO/DAY/YR

MO/DAY/YR

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

___ / ___ 20___

OFFICE
USE ONLY