

(表面)

医 療 要 否 意 見 書

※		※ ()		※受理年月日		年 月 日	
(住所) (カナ) (以降の) (氏名) (生まれ) (歳)に係る 医療の要否について意見を求めます。 院(所)長殿							
傷病名又は部位		(1) (2) (3)	初診年 月 日	(1) 年 月 日 (2) " " " (3) " " "	〔 転 帰 〕 〔 継 続 の 〕 とき記入		年 月 日 治ゆ 死亡 中止
主要症状及び 今後の診療見込		(今後の診療見込に関連する臨床諸検査結果等を記入してください。)					
治療見込期間	入 院 外		か 月 日 間	概算医療費	(1)今回診療日 以降1ヶ月間	(2)第2か月目以降 6か月まで	福祉事務所への連絡事項
	入 院	期 間	か 月 日 間		円 (入院料 円)	円 (入院料 円)	
		(予定) 年月日	年 月 日				
上記のとおり(1 入院外 2 入院)医療を(1 要する 2 要しない)と認めます。 年 月 日 指定医療機関の所在地及び名称 院 (所) 長 担 当 医 師 (診 療 科 名)							
※ 嘱 託 医 の 意 見		1.承認 2.不承認 3.本庁協議 期間(月) 1 2 3 4 5 6 (詳細意見)					
※発行年月日		年 月 日		診療料・検査料請求書			
※受理年月日		年 月 日		年 月 日			
指定医療機関の所在地及び名称 指定医療機関の長又は開設者氏名 下記のとおり請求します。							
この券による 診 察 年 月 日		年 月 日		※受診者氏名		(歳)	
請求額	診 察 料	初	再 点	(検査名)			
	" "	" "	" "				
合計		点 円	※社保等負担額	円	差 引 計	円	

※発行取扱者

※担当員