

外来

医療要否意見書

※外来		※継続（併給）		※受理年月日		年 月 日		
(令和 年 月 日以降の) ^(住所) _(カナ) (氏名) (年 月 日生まれ) (歳)に係る 医療の要否について意見を求めます。 院(所)長様 令和 年 月 日 河内長野市福祉事務所長								
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			円
		(予定) 年月日		年 月 日	(入院料 円)			(入院料 円)
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。 河内長野市福祉事務所長 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)			福祉への 連絡事項 稼働能力 (15才～ 65才未満 入院外 の場 合)	1 不 能 2 軽労働 3 中労働 4 重労働	※発行取扱者	
※発行年月日		年 月 日		診察料・検査料請求書				
※受理年月日		年 月 日		年 月 日				
河内長野市福祉事務所長 指定医療機関の所在地及び名称 下記のとおり請求します。 指定医療機関の長又は開設者氏名								
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	

※担当員