

# 医療要否意見書

外来

※ 外来	※ ( )	※受理年月日	年 月 日	
〒 (住所) (カナ) (以降の)(氏名) _____ ( 生まれ) に係る医療の要否について意見を求めます。 ( 歳)				
院(所)長殿 千葉県船橋市福祉事務所長 印				
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	
	入院	期間		(1)今回診療日 以降1ヵ月間
		(予定) 年月日		年 月 日
		円	円	
		(入院料 円)	(入院料 円)	
福祉事務所への連絡事項				
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。				
千葉県船橋市福祉事務所長 様 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		
千葉県船橋市福祉事務所長 様				
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				
下記のとおりに請求します。				
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