

医療要否意見書

入院

	※ 入院	※ ()	※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	(1)今回診療日 以降1ヵ月間	(2)第2ヵ月目以降 6ヵ月目まで	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。 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		診察料・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