

交付番号

医療要否意見書

(年 月 日 から 年 月 日まで)

| | | | | |
|--|----|-----|-----|-----------------|
| ケース番号 | 個番 | 診療別 | 単・併 | *受理年月日 年 月 日 |
| (患者氏名) 住所: _____ (才) に係る医療の要否について意見を求めます。 _____ (年 月 日生) 長 様 () | | | | |
| 千葉県船橋市福祉事務所長 | | | | |

| | | | | | | | | |
|---------|-----|-------|-----|-------|-----------------|-------|----|----|
| 傷病名又は部位 | (1) | 初診年月日 | (1) | 年 月 日 | 転帰 (継続のとき記入) | 年 月 日 | | |
| | (2) | | (2) | 年 月 日 | | 治ゆ | 死亡 | 中止 |
| | (3) | | (3) | 年 月 日 | | | | |

主要症状及び今後の診療見込
(年 月 日入院) (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下さい)

(福祉事務所への連絡事項)

| | | | | | | | | | | |
|--------|-----|---------|-------|----------------|------------------|-----------|---------------------------------------|---------------------------------------|--|--|
| 診療見込期間 | 入院外 | ヶ月 日間 | 概算医療費 | (1)今回診療日以降1か月間 | (2)第2か月日以降6か月目まで | 就労の可否について | (該当数字に☑印を付してください) | | | |
| | 入院 | 期間 | | ヶ月 日間 | 円 | | 円 | <input type="checkbox"/> 現在受診しつつ可能である | | |
| | | (予定)年月日 | | 年 月 日 | (入院料) 円 | | (入院料) 円 | <input type="checkbox"/> 軽作業 | | |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> 普通作業 | | | |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> あと ヶ月で稼働見込あり | | | |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> 稼働能力なし | | | |

上記のとおり (入院外 入院)医療を (要する 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

*地区担当員 要否意見書発行番号 (契)

*発行取扱者

| | |
|--------------|------------|
| *発行年月日 | 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

下記の通り請求します。

| | | | | |
|-------------|-----|-------|--------------|----------|
| この券による診療年月日 | | 年 月 日 | *受診者氏名 (才) | |
| 請 求 額 | 診察料 | 初・再 | 点 | 検査名 |
| | 料 | | 点 | |
| | 料 | | 点 | |
| | 合計 | | 点 | |
| | | | 円 | * 社保等負担額 |
| | | | 円 | 差引計 |
| | | | | 円 |