

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	<input type="checkbox"/> 軽作業	<input type="checkbox"/> 普通作業
		(予定)年月日		年 月 日	(入院料) 円		(入院料) 円	<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

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		
	料		点		
	合計		円	* 社保等負担額	円
				差引計	円