査察指導員担当ＣＷ

※

※

※

※

※

※ 発行取扱者

印

印

印

印

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 地区名 |  | 交付番号 |  |  |  |  |  |  |  |

医療要否意見書 入院外

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １医科・２歯科 | １新規２継続（単・併） | | | 受理  年月日 |  |
| （氏名） | | 歳 | に係る令和　年　月　日以降の  医療の要否について意見を求めます。  令和　年　月　日  留萌市福祉事務所長 | | |
| 院（所）長様 | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 傷病名又は  部位 | | | | （１） |  | | | | | | | 初診  年月日 | | | （１） | | 年　　月　　日 | | | 転帰 | | 令和　　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 | | | | |  | | --- | | 治療に必要な通院頻度  １か月　回 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 就労の可否 | | | | 可 | | | 否 | | 軽作業なら可 | | | | | その他： | | | | | | | | | | |
| 診療見込期間 | 入院外 | | | | | 月から | | カ月 | | 日間 | | | 概算医療費 | (１)今回診療日  以降１か月間 | | | | | (２)第２か月目以  降６か月目まで | | の連絡事項  福祉事務所へ | | 栄養補給  の必要  有無 | |
| 入院 | 期間 | | | | 月から | | カ月 | | 日間 | | |
| 円 | | | | | 円 | |
| 年月日  (予定含) | | | | 令和　年　月　日 | | | | | | |
| 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 令和　年　月　日 | | | | | |
| 留萌市福祉事務所長様 | | | | | | | | | | | 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．診療の必要を認める２．認めない | | | | | | | | | | | | | 医療扶助嘱託医審査 | | | | | | | | |
| 留萌市福祉事務所嘱託医 | | | | | | | | |

---------------------------------------------------（切取線）---------------------------------------------------

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※　発行年月日 | | 令和　　年　　月　　日 | | | 診察料・検査料請求書 | | | | | | |
| ※　受理年月日 | | 令和　　年　　月　　日 | | |
| 留萌市福祉事務所長様 | | | | | | | | | 令和　年　月　日 | | |
| 下記のとおり請求します。 | | | | 指定医療機関所在地名称  院（所）長又は開設者氏名 | | |  | | | | |
| この券による診察年月日 | | | 令和　　年　　月　　日 | | | ※受診者氏名 | （　　歳） | | | | |
| 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 |