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 |