|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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ｹ月間 | | 1. 第2か月目以降   6か月まで | | への連絡事項  福祉事務所 |  |
| 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） | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 住所 | | | | 世帯番号 | | | - | | 員番号 | |  | |  | | | |
|  | | ※ | 外来・入院 | | ※ | 新規・継続 | | （ | 単･併給 | | ） | ※受理年月日 | | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | | |
|  | | | | | （住所） | |  | | | | | | | | | | |
| （カナ） | |  | | | | |  |  |  |  |  |  |
| （令和 | 年　　月　　日 | | | 以降の） | （氏名） | |  | | | | | ( | 年　　月　　日 | 生まれ)( |  | 歳) | に係る |
| 医療の要否について意見を求めます。 | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 院（所）長　様 | | | | | | | | | | | | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | |
| 留萌市福祉事務所長 | | | | | |

医　療　要　否　意　見　書

外来　入院

※発行取扱者

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 令和　　　年　　　月　　　日 | | |
| (2) |  | 1. 〃　　〃　　〃 | 治ゆ | 死亡 | 中止 |
| (3) |  | 1. 〃　　〃　　〃 |
| 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。） | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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． 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 | | | 令和　　　 年 　　月 　　日 | | | | |  | | 診察料・検診料請求書 | | | |
| ※受理年月日 | | | 令和　　　 年 　　月 　　日 | | | | |  | | 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 | | | | | |  | | |
|  | | | | |
| 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 | | | 令和　　　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 |

※担当員