|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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