

(表面)

福祉事務所
受付日

月 日

医療要否意見書

※		※ ()		※受理年月日		年 月 日		
(年 月 日以降の) (住所) (氏名) (生まれ) (歳)に係る 医療の要否について意見を求めます。								
堺市 保健福祉総合センター所長 印								
傷病名又は部位		(1) (2) (3)	初診年 月 日	(1) 年 月 日 (2) " " " (3) " " "	転帰 継続の とき記入	年 月 日 治ゆ 死亡 中止		
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。)						
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ヶ月間	(2) 第2か月目以降 6か月まで	福祉事務所の 連絡事項	稼働能力 1 不能 2 軽労働可 (家事程度) 3 軽労働可 (軽作業等) 4 中労働 5 重労働	
	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)
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。 堺市 保健福祉総合センター所長 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		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		年 月 日		診療料・検査料請求書				
※受理年月日		年 月 日		年 月 日				
堺市 保健福祉総合センター所長								
指定医療機関の所在地及び名称								
下記のとおり請求します。 指定医療機関の長又は開設者氏名								
この券による 診療年月日		年 月 日		※受診者氏名		(歳)		
請求額	診療料	初・再	点	(検査名)				
	"	"	"					
	"	"	"					
合計		点 円		※社保等負担額		円 差引計 円		

※担当員

※発行取扱者