（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)(カナ)(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。） 稼働能力（入院外）（15才～64才） 1 不能　4 中労働 2 軽労働（家事程度）　5 重労働 3 軽労働（軽作業等）

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	福祉事務所への連絡事項	入院日　年　月　日 退院日　年　月　日
	入院 期間	か月　日間		円 （入院料　円）	円 （入院料　円）		
	入院 （予定）年月日	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。
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
※受理年月日	年　月　日

診察料・検査料請求書

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

この券による診察年月日	年　月　日	※受診者氏名	（　歳）

請求額	診察料	初・再　点	（検査名）			
	〃	〃				
	〃	〃				
	合計	点	※社保等負担額	円	差引計	円
		円				

※担当員

※発行取扱者