

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。)					
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	期間 (予定) 年月日	か月 日間 年 月 日	円 (入院料 円)	円 (入院料 円)	入院日 年 月 日 退院日 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		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 下記のとおりに請求します。 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 円		※社保等負担額	円	差 引 計	円

※担当員

※発行取扱者