

ケース番号	032210-01
地区名	坂ノ市
発行取扱者	1000 庶務班

医療要否意見書

13851

入院外

※ ① 医科 ・ 2 歯科		※ 1 新規 ② 継続 (単 ・ 併)	
(氏名) 大分 太郎 (83歳) 昭和12年 3月30日生		に係る 3年 4月 1日以降の医療の要否について意見を求めます。	
大分市役所クリニック 院(所)長様		令和 3年 3月15日	
3		大分市福祉事務所長	

部 傷 又 病 は 名 位 位	(1)	初 診 年月日	(1)	年	月	日	転 帰	年	月	日
	(2)		(2)	年	月	日		治	死	中
	(3)		(3)	年	月	日		ゆ	亡	止

今 主 後 及 の 要 診 療 症 び 見 状	<h1>見 本</h1>		稼働状況	備考
			普通就労可・否	
			軽就労可・否	
			その他	

診療見込期間	入院外	か月 日間	概算医療費	(1) 今回診療日以降1か月間	(2) 第2か月目以降6か月目まで	福祉の連絡事項	入院 年 月 日	退院 年 月 日
入院期間	入院	か月 日間	(入院料 円)	(入院料 円)	(入院料 円)	福祉事務所へ	入院 年 月 日	退院 年 月 日
入院(予定含)		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。 令和 年 月 日  
 テストテストテスト長 様  
 指定医療機関の所在地及び名称  
 院(所)長又は開設者氏名  
 担当医師(診療科名)

※嘱託医の意見	※受理年月日
---------	--------

( 切 取 線 )

※ 発行年月日	年 月 日	診 察 料 ・ 検 査 料 請 求 書	
※ 受理年月日	年 月 日	令和 年 月 日	
テストテストテスト長 様		令和 年 月 日	
下記のとおり請求します。		指定医療機関所在地名称 院(所)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 診 察 料	初・再	点	(検査名)
求 料		点	
額 合 計		点	※社保等負担額
		円	円 差引計 円

