

入院・外来

医療要否意見書

地区名称

ケース番号

世帯員番号

※ 医科

※ [新規・継続]

([単給・併給])

※受理年月日

年 月 日

(住所)

(カナ)

(年 月 日以降の) (氏名)

(生まれ) (歳) に係る

医療の要否について意見を求める。

令和 年 月 日

院(所)長殿

宇都宮市社会福祉事務所長

傷病名又は部位

(1)

(2)

(3)

初診年

月日

(1) 年 月 日

(2) 年 月 日

(3) 年 月 日

〔 転 帰 〕

〔 繰 続 の 〕

〔 とき記入 〕

年 月 日

治ゆ

死亡

中止

(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。)

主要症状及び
今後の診療見込

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か月日以降
6か月まで

入院

期間 か月 日間

(予定)
年月日

年 月 日

円 (入院料)

円 (入院料)

福祉事務所への連絡事項

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。

宇都宮市社会福祉事務所長様

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

宇都宮市社会福祉事務所長様

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		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

※発行取扱者

※担当員