

入院 <sub>外来</sub>		医療要否意見書		当てはまる所を○で囲む			
地区名称	ケース番号	世帯員番号					
※ 医科	※ 新規 <sub>継続</sub>	( 単給 <sub>併給</sub> )	※受理年月日	年 月 日			
( 住所 ) ( カナ ) ( 年 月 日 以降の ) ( 氏名 )		( 住所 ) ( カナ氏名 ) ( 氏名 )		( 生年月日 ) ( 生まれ ) ( 年齢 ) 歳に係る			
・診断が確定されていない場合は所謂疑い病名でも可。 ・傷病名は、細かい関連する病名は不要。			否について意見を求める。 医療機関名称 院(所)長殿 医療機関コード				
傷病名又は部位			(1) 陳旧性脳梗塞 (2) 糖尿病 (3)	初診年 月日	(1) 年 月 日 (2) " " " (3) " " "	[ 転 帰 の とき記入 ]	年 月 日
代表的な病名を記載(3つまで)			( 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			(1) 左半身不全麻痺, CT上, 右内包後脚に低吸収域。 抗血小板剤の内服。高血圧, 糖尿病の危険因子の厳重管理を行う。 (2) HbA1c 6.1 合併症なし。食事・運動療法で経過観察中。				
1か月未満の場合は日数を、1か月以上の場合は繰り上げた月数を記載(最長6か月)							
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 (入院料 円) (記載不要)	福祉事務所への連絡事項 内服厳守, 定期受診の指導を行っているが, 本人の理解が十分でない部分(薬が残る, 予約通りに受診がない)がある。	
	入院	期間	か月 日間				
		(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。 宇都宮市社会福祉事務所長 様						年 月 日	
要否選択と医療の要否を 判断した日を記載							
指定医療機関の所在地及び名称 院(所) 長 様 担当医師(診療科名) 担当医師氏名							
※ 嘘 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		診察料・検査料請求書			
※受理年月日		年 月 日		年 月 日			
宇都宮市社会福祉事務所長 様						※発行取扱者	
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	
※担当員							