

医療要否意見書

当てはまる所を○で囲む

入院外来

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) 住所

(カナ) カナ氏名

( 年 月 日以降の)(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。

診断について意見を求めます。

医療機関名称

院(所)長殿

医療機関コード

原則記載不要(福祉事務所から特段の求めがあった場合に限って記載)

※福祉事務所が求めを行う場合は、電話連絡または書面連絡で行う

福祉事務所印

今後医療の必要性がなくなる場合に記載

傷病名又は部位

代表的な病名を記載(3つまで)

(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 〕

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。)

必要に応じて検査結果等を添付することも可

(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。

特に、福祉事務所への連絡事項がある場合に記載

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

入院

期間

か月 日間

(予定) 年 月 日

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

円

円

円

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。

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

担 当 医 師 ( 診 療 科 名 )

医療機関所在地

名称

院(所)長氏名

担当医師氏名

※ 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)

記載不要

※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

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

下記のとおりで請求します。

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)

円

点 円

※社保等負担額

円 差 引 計

円

※担当員

※発行取扱者