

新旧対照表①医療要否意見書

現状

医療要否意見書(

医療要否意見書()		課長	課長補佐	係長	担当																		
		決議																					
年月～ 年月		※ <input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 既続																					
※ 基行取扱者																							
患者氏名																							
(男・女)		生年齢																					
患者居住地																							
指定医療機関名		感染症法(結核) 承認 不承認(予算)(消状)																					
県		患者票番号 第号																					
上記に係る 年月日以降の医療の要否について 意見を求めます。 令和年月日 佐世保市福祉事務所長																							
		障害者総合支援法 (精神通院) 承認 不承認(予算)(消状)																					
患者票番号 第号																							
有効期間(年月日～年月日)																							
疾病名 または 部位		初診年月日	(1) (2) (3)	年月日	転																		
				年月日	治 ゆ																		
				年月日	死 亡																		
				年月日	中止																		
入院 年月日		退院 年月日																					
入院外のみ ご記入願います																							
主要症状 状況 及び今後の 診療 見込																							
(自觉症、他党的所見、検査結果、治療方針を記入してください)																							
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">移動能力</td> </tr> <tr> <td>中</td> <td>労</td> </tr> <tr> <td>軽</td> <td>労</td> </tr> <tr> <td>不</td> <td>能</td> </tr> <tr> <td colspan="2">通院状況</td> </tr> <tr> <td>月</td> <td>日間</td> </tr> <tr> <td>月</td> <td>日間</td> </tr> </table>						移動能力		中	労	軽	労	不	能	通院状況		月	日間	月	日間				
移動能力																							
中	労																						
軽	労																						
不	能																						
通院状況																							
月	日間																						
月	日間																						
福社事務所への 連絡事項																							
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">(1)今回診療日 以降1カ月間</td> <td colspan="2">(2)第2カ月目 以降6カ月目まで</td> <td colspan="2">社員等 他法負担() 有()</td> </tr> <tr> <td>入院外</td> <td>カ月 日間</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">(徳日共船) 有()</td> </tr> <tr> <td>入院</td> <td>カ月 日間</td> <td>円</td> <td>(入院料)</td> <td>円</td> <td>() 本人支払額</td> </tr> </table>						(1)今回診療日 以降1カ月間		(2)第2カ月目 以降6カ月目まで		社員等 他法負担() 有()		入院外	カ月 日間			(徳日共船) 有()		入院	カ月 日間	円	(入院料)	円	() 本人支払額
(1)今回診療日 以降1カ月間		(2)第2カ月目 以降6カ月目まで		社員等 他法負担() 有()																			
入院外	カ月 日間			(徳日共船) 有()																			
入院	カ月 日間	円	(入院料)	円	() 本人支払額																		
1. 入院外 上記の 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																							
指定医療機関所在地名称 院(所)長 (担当医師) (診療科名)																							
TEL()																							
佐世保市福祉事務所長様																							
※ 嘱託医 の意見																							
※ 以上は福社事務所にて記入下さい。																							

標準化