

現状

医療要否意見書( )

年 月 ~ 年 月		※ 新規 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/>		※ 発行取扱者		印	
患者氏名 (男・女)		生 年 月 日		随時			
患者居住地		感染症法 (結核)		患者票番号		第 号	
指定医療機関名		承認 不承認 (予備) (清状)		有効期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)			
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 様		障害者総合支援法 (精神通院)		患者票番号		第 号	
		承認 不承認 (予備) (清状)		有効期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)			
(1) 傷病名 (2) または (3) 部位		初診年月日		(1) 年 月 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日		転 入 治 死 中 止 止	
入院 年 月 日		退院 年 月 日		入院外のみ ご記入願います		福祉事務所への 連絡事項	
主要症状および今後の診療見込		除菌能力 中 労 軽 不 能 能		通院状況 月 日 日間			
(自覚症・他覚的所見・検査結果・治療方針を記入してください)							
診療見込期間		入院外 年 月 日間		(1) 今回診療日 以降 1 か月間		(2) 第 2 か月以降 6 か月まで	
入院 年 月 日間		低費医療費		(入院料 円)		(入院料 円)	
上記の 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		指定医療機関所在地及び名称 院 (所) 長 担当医師 (診療科名)			
指定医療機関所在地名称 佐世保市福祉事務所長 様 (診療科名)							
※ 嘱託医 の意見							
※ については福祉事務所にて記入します。							

標準化

(背面)		外来 医療要否意見書	
北山 50042 01	※ 外来	※ 継続	※ 併給
※ 発行年月日		年 月 日	
(住所) 999-9999 情報市生活宿 111-111			
(カナ) お 太 郎			
(令和 6 年 7 月 1 日以降の) (氏名) 保護 太郎		(昭和 20 年 1 月 1 日生まれ) (79 歳) に係る	
医療の要否について意見を求めます。			
情報医院 院 (所) 院長		令和 6 年 8 月 13 日	
3810220701		■ 福祉事務所 1 所長 太郎	
傷病名又は部位		(1) 年 月 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日	
初診年月日		転入 治死 中止	
主要症状及び今後の診療見込		(今後の診療見込に關連する臨床検査結果などを記入してください。)	
入院外 年 月 日間		(1) 今回診療日 以降 1 か月間	
入院 年 月 日間		(2) 第 2 か月以降 6 か月まで	
(予定) 年 月 日		(入院料 円) (入院料 円)	
診療見込期間		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。			
■ 福祉事務所 1 所長 太郎		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	
※ 発行年月日		年 月 日	
※ 受理年月日		年 月 日	
診療科・検査料請求書		年 月 日	
■ 福祉事務所 1 所長 太郎		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。			
この券による診療年月日		年 月 日	
※ 受診者氏名		保護 太郎 (79 歳)	
診療料		初 再 点 (検査名)	
合計		点 円	
※ 担当員 梅田 梅子		2400000001	
		110004	