新規・継続　医 療 要 否 意 見 書（入院・入院外）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 地区担当員 | 係　長 | 課　長 | 医療担当者 | 受　付 |
|  |  |  |  |  |

地区担当者　　　　　　　　　　取扱担当者　　　　　　　　　　　　　受理年月日　　　　　年　　　月　　　日

|  |
| --- |
| （ケース番号）　【　　　　　】　　　　　　　　　　　発行番号　第【　　　　】号　　【　　　】　　【　　　】（氏　　　名）　　　　　　　　　　　　　　　　　（性別）（ 生年月日 ）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　才）（住　　　所）上記患者に係わる医療の要否について、意見を求めます。　　（医療機関所在地）令和　　年　　月　　日（指定医療機関名）【　　　　】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　院（所）長殿　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　小郡市福祉事務所長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　黒田　孝幸 |
| 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　帰入院外治療の必要がなくなったとき記入のこと。 | 　年　　月　　日 |
| 治ゆ | 死亡 | 中止 |
| 主要症状及び今後の診療見込 |  |
| 今後の診療見 込 期 間 | 令和　　年　　月　　日から | 日間ヵ月間 | 該当診療見込期間の総医療費概算額 | 円 |
| 稼働能力について | １．現在のまま稼働できる　　　　　　　　　（１）軽作業　（２）中等度作業　（３）重作業２．現在受療しながら稼働できる　　　　　　（１）軽作業　（２）中等度作業　（３）重作業３．あと　　カ月で稼働できる見込み　　　　（１）軽作業　（２）中等度作業　（３）重作業４．稼働能力はない |
| 上記の通り（入院・入院外）医療を（１要する　　２要しない）ものと認めます令和　　　年　　　月　　　日小郡市福祉事務所長　（生活福祉係）　宛指定医療機関の所在地及び名称院（所）長担当医師名（診療科名）　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| ※ 嘱 託 医 の 意 見 |  |  | (政.船.日.共.組) 有・無社保負担 |
| 他法負担　　　　　　　　 有・無 |
| ※本人支払額　　　　　　 有・無 |

※印の欄は、記入しないでください。