医療要否意見書

ケース番号	員番	診療別	単・併	新・継
		その他	併用	継続

（氏名）

令和　年　月　日　以降の継続要否意見書
歳　に係る医療の要否について意見を求めます。
令和　年　月　日

院（所）長様

岐阜県羽島市社会福祉事務所長

稼働能力の可否についてもご記入ください。

傷病名又は部位		初診年月日		転帰（継続のとき記入）
	（1）		（1）　年　月　日	年　月　日
	（2）		（2）　年　月　日	□治ゆ
	（3）		（3）　年　月　日	□死亡
				□中止

主要症状及びの今後の診療見込	（今後の診療見込に関連する臨床諸結果等がある場合は、それも記入してください。）

稼働能力	□ 無	□ 有　（稼働の程度　□ 軽労働　中労動　重労働）			
診療見込期間	入院外	か月　日間	概算医療費	今回診療日以後１か月間	第２か月目以後６か月まで
	入院	期間　か月　日間		円	円
		（予定）　年　月　日		（入院料　円）	（入院料　円）

上記のとおり（□ 入院外　□入院）医療を（□ 要する　□ 要しない）と認めます。

年　月　日

岐阜県羽島市社会福祉事務所長　殿

指定医療機関の所在地
指定医療機関の所名称
院長（所長）又は
担当医師名
（診療科名）

印

※嘱託医の意見	入院外　か月　日間の医療を　要する / 要しない　と認めます。 嘱託医　㊞

受理年月日　年　月　日

※ 意見書発行		※ 社保負担	※ 他法負担	※ 本人支払額	発行取扱者
月分	月　日	社・日・共	有・無	円	印
月分	月　日	社・日・共	有・無	円	
月分	月　日	社・日・共	有・無	円	