

PDF版要否意見書の記入方法について

青囲み部分についてご記入をお願いします。

医療要否意見書

お送りした意見書の転記をお願いします。

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入院外	単独	新規
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-----	----	----

(氏名)

こちらの記入は不要です。

患者氏名の記入をお願いします。

院(所)長様

岐阜県羽島

既に治療を行っていない場合、その原因にチェックをお願いします。

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	(1)		初診年月日	(1)	年	月	日	転 帰 (継続のとき記入) 年 月 日 治 ゆ 死 亡 中 止
	(2)	傷病が3つ以上ある場合は、 主なものの記入をお願いします。		(2)	年	月	日	
	(3)			(3)	年	月	日	

(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。)

主要症状及び今後の診療見込

稼働能力は年齢が15歳以上の場合、チェックをお願いします。
診療科目等の関係で判断が出来ない場合は未記入でご返送ください。

稼働能力 無 有 (稼働の程度 軽労働 中労働 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。

岐阜県羽島市社会福祉部福祉課 該当部にチェックをお願いします。 年 月 日

指定医療機関の所長
院長(所長)又は
担当医師名
診療科名)

自筆の場合は、押印不要です。 印

見込み期間については、6か月以内での期間をお願いします。 年 月 日間の医療を 要する 要しないと認めます。

の意見 嘱託医 印

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	

※印刷後、お送りした要否意見書原本にホチキス止めの上ご返送ください。