

ケース番号	12345-01
地区名	成和(円山)
担当者名	大手
発行取扱者	福井

【記入例】

医療要否意見書

入院の場合は、入院用の意見書をご使用ください。

入院外

※

① 医科 ・ ② 歯科

※

1 新規 ② 継続

受診日が記載されます。

(氏名) 福井 花子

に係る 6年 4月 1日以降の医療の要否について意見を求めます。

院(所)長様

転帰
診察を終了している場合はご記入ください。

6年4月5日

福井市福祉事務所長

印

傷病名又は部位

現在治療中又は経過観察中の傷病名のみをご記入ください。
(例参照)

(1) 高血圧症 脂質異常症
(2) 気管支喘息
(3) 早期胃がん

初診
年月日

(1) R6年9月10日
(2) R6年12月5日
(3) R5年5月28日

転帰

年月日
治 死 中
ゆ 亡 止

部 位

主要症状及び今後の診療見込

(例)

ナトリックス、ロサルタン服用により、血圧は120~140/70~80mmHgと安定している。脂質異常症と気管支喘息を合併しており、アトルバスタチン、カルボシステインなどの投与および食事指導を行い、経過観察中である。昨年5月に見つかった胃がんについて、内視鏡的切除後は経過良好であり、年に1回内視鏡検査、腹部超音波検査、CT検査を行い、経過観察中。

稼働状況

普通就労 可・否
軽就労 可・否
その他

主要症状及び今後の診療の見込

福祉事務所嘱託医が医療の要否を判断するために、非常に重要な部分です。

検査データや機能評価、服薬内容、受診状況、経過、今後の治療方針などを具体的に記入ください。

【記載不十分な例】

・上記疾患に対し、通院加療中
・投薬加療中、経過観察
・症状一進一退、今後も通院加療を要す
・月日脳幹部出血発症。四肢麻痺あり。

外 間
月日(定含)

6 か月 日間
か月 日間
年 月 日

概算医療費

(1) 今回診療日以降1か月間
15,000 円
(入院料 円)

(2) 第2か月目以降6か月目まで
250,000 円
(入院料 円)

福祉事務所向へ

稼働状況
稼働の可否をご記入ください。

入院 年月日
退院 年月日

り (1 入院外) 2 入院) 医療を (1 要する)

概算医療費

期間中の適切な通院日数 × 概算診療費 = 1カ月の概算医療費として計算の上ご記入ください。

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)

所在地、名称、担当医師名等を必ず記載してください。

※受理年月日

押印欄がありますが、R2.12.25~は押印不要となりました。

(切 取 線)

月日 年 月 日
月日 年 月 日

診察料・検査料請求書

福祉事務所長

より請求します

こちら(診察料・検査料請求書の欄)の記載・押印は結構です。

この券による診察年月日

歳)

請 診 察 料 初・再 点 (検査名)
料 点

診療見込期間

・1か月未満の場合には見込み日数を、1か月以上の場合には見込み月数をご記入ください。
・長期にわたる傷病で期間の見込みが立てられない場合は、6か月を限度としてご記入ください。

円 差引計 円