

医療要否意見書

平成22年11月15日

河西内科循環器科クリニック

院(所)長様

熱海市福祉事務所長



(住所) 熱海市

(氏名)

(女) にかかる

(1. 平成22年11月8日から)
(2. 年 月 日以降)

についての医療の要否について意見を求めます。

05489-01

※ 歯科 医科	※ 新規	※ 併給
---------------	---------	---------

傷病部位 傷病名又は	(1) 変形性股関節症	初診年月日	(1) 22年 9月 2日	転帰 (継続のとき記入)	年 月 日		
	(2)		(2) 年 月 日		治ゆ	死亡	中止
	(3)		(3) 年 月 日				

主要症状及び今後の診察見込

今後追加療が必要

稼働能力の程度

15才~59才入院外の場合のみ記入

就労可の程度 {
ア. 軽作業のみ
イ. 中作業
ウ. 重作業も可

診療見込期間	入院外	11月 8日から 12月 日間	概要医療費	(1) 今回診療日以降1ヵ月間	(2) 第2ヵ月目以降6ヵ月目まで	福祉事務所への連絡事項
	入院	ヵ月 日間 (予定) 年月日		円 (入院料 円)	円 (入院料 円)	

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。

熱海市福祉事務所長様

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)

〒41015 静岡県熱海市中央町17-15
河西内科循環器科クリニック
院長 河西 研一
http://www.kawanishi-clinic.com/
TEL 0557-83-7830 FAX 0557-86-0600

平成 22 年 11 月 24 日



※ 嘱託医の意見

(切 取 線) 契

※発行年月日	年 月 日	診察料・検査料請求書	甲
※受理年月日	年 月 日		平成 年 月 日
熱海市福祉事務所長 様		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。			

この券による診察年月日		年 月 日	※受診者氏名		(才)
請求額	診察料	初・再	点	(検査名)	
	"		"		
	"		"		
	合計		点 円	※社保等負担額	円
				差引請求額	円

※地区	※取扱	※受理年月日	整理番号
望月則孝	堀井好美		2201278