医 医療要否意見書

1 新規 (2) 継続　　外来

人
力

ケース番号 05489 員番 01 外来 市費 後保 00　　併給　　適用開始 H22.11.08 担当 井上

医療承認期間 平成22年11月 8日 ～ 平成23年 4月30日　　地区 第六地区

住 所 熱海市[redacted]

氏 名 [redacted]

女 S[redacted]生 [redacted]才

河西内科循環器科クリニック 院（所）長様

に係る平成23年 5月 1日以降の医療の要否について意見を求めます。

平成２３年 ４月１９日

熱海市福祉事務所長

傷病名又は部位 (1) 左変形性股関節症
(2) 不眠症
(3)

初診日 (1) H23年2月4日　(2) H23年2月4日　(3) 年 月 日

転帰 H23年2月28日　治癒 (中止) 死亡

福祉事務所への連絡事項

入・退院日 年 月 日

今後の診療見込み及び主要症状

股関節の痛み、不眠にて来院。
内服加療したが、その後来院がないので中止とした。

稼動能力（15才～64才 入院外の場合） 1. 不能 (2.) 軽労働 ~~3.~~ 中労働 4. 重労働

診療見込期間 入院外 か月 日間 / 入院 期間 か月 日間 / (予定) 年月日 年 月 日

概算医療費 (1)今回診療日以降1か月間 円（入院料 円） (1)第2か月目以降6か月目まで 円（入院料 円）

上記のとおり ~~1.~~ 入院 (2.) 入院外 ）の医療を（ 1. 要する (2.) 要しない ）と認めます。

熱海市福祉事務所長 様

平成 23年 4月 22日

指定医療機関 所在地及び名称 / 院（所）長 / 担当医師(診療科名)

〒413-0015 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

※ 嘱託医の意見

診察料・検査料請求書

平成 年 月 日

熱海市福祉事務所長 様

下記のとおり請求します。

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 ㊞

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 / 料 点 / 料 点 / 合計 円　（検査名）

※社保等負担額 円　差引額 円

口座振込先銀行名 銀行 店 普通・当座 口座番号

記入要領 ※印の欄は福祉事務所が記入します。

110241