

医療要否意見書

新規 2 継続

外来

入力

ケース番号 05489 員番 01 外来市費後保 00 併給 適用開始 H23.08.01 担当 加藤
 医療承認期間 年 月 日 ~ 年 月 日 地区 第六地区

住所 熱海市

に係る平成23年 8月 1日以降の医療の要否について意見を求めます。

氏名 女 S 生 才
 河西内科循環器科クリニック 院(所)長様

平成23年 9月 5日

熱海市福祉事務所長



傷病名 又は部位	(1) 不眠症	初年	(1) 23年4月26日	転 帰	年 月 日
	(2) 右変形性膝関節症	月 日	(2) 23年4月26日		
	(3) 骨粗鬆症	診 日	(3) 23年9月21日		

今後の診療見込み
 今後の痛み、不眠にて来院。
 内服での痛み止め。

福祉事務所への連絡事項
 入・退院日 年 月 日

稼働能力 (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

見込期間	入院外	2か月 日間	概算 医療費	(1) 今回診療日以降 1か月間	(1) 第2か月目以降 6か月目まで
	入院	期間 年月日		円	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 9月27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)

〒413-0016 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

※ 嘱託医の意見

http://www.kawanishi-clinic.com/
 TEL 0557-83-7830 FAX 0557-86-0600

診察料・検査料請求書

熱海市福祉事務所長 様

平成 年 月 日

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 (検査名)
	料	料	点
合計	点	点	点
	円	※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。