

医療要否意見書

1 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 平成24年 2月 1日 ~ 平成24年 7月31日 地区 第六地区

住所 熱海市 [REDACTED]

に係る平成24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 [REDACTED]  
 女 S [REDACTED] 生 [REDACTED] 才  
 河西内科循環器科クリニック 院(所) 長様

平成24年 7月24日  
 熱海市福祉事務所長



傷病名 又は部位	(1) 不眠症	初年	(1) H23年4月26日	転	年月日
	(2) 両変形性膝関節症	月日	(2) H23年4月26日	帰	治癒 中止 死亡
	(3) 肩粗鬆症	診日	(3) H23年9月21日		

今後の診療見込み  
 主要症状及び  
 福祉事務所への連絡事項  
 入・退院日 年 月 日  
 今後も加療を要する。  
 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) 2か月 日間	概算医療費	(1) 今回診療日以降 1か月間	(2) 第2か月目以降 6か月目まで
	入院	期間 年月日 (予定) 年月日		円 (入院料 円)	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24年7月25日  
 〒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  
 指定医療機関 所在地及び名称  
 院(所) 長  
 担当医師(診療科名)

※ 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  
 下記のとおり請求します。  
 平成 年 月 日  
 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 ⑤

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 料 料	初・再 点 点 点	(検査名)
	合計	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。  
 110241