

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 8月 1日 ~ 平成25年 1月31日 地区 第六地区

住所 熱海市 [REDACTED]

に係る平成25年 2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25年 1月18日
 熱海市福祉事務所長



傷病名 又は部位	(1) 両変形性膝関節症	初年 月日 診日	(1) H24年6月5日	転 帰	年 月 日
	(2) 不眠症		(2) H23年4月26日		治 中 死 癒 止 亡
	(3) 骨粗鬆症		(3) H23年9月21日		

今後の診療見込み
 今後モ加療を要する。
 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		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 (予定) 年月日		円	円	円	円
		2か月 日間 か月 日間 年 月 日	(入院料 円)	(入院料 円)	(入院料 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25年 1月28日
 指定 所在地 及び 名称 〒413-0015 熱海市中央町17-15
 医療 院(所) 長 医療法人社団 恵仁会
 機関 担当医師(診療科名) 河西内科循環器科クリニック
 理事長 河西 研一
 電話 <0557>83-7830

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 料 料 料	初・再	点 点 点 点 点 点 円
合計	※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