

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 H25.01.24 担当 加藤

医療承認期間 年月日 ~ 年月日 地区 第六地区

住所 [Redacted]

に係る平成25年 1月24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
南あたま第一病院 院(所)長様

平成25年 1月23日

熱海市福祉事務所長



傷病名 又は部位	(1) 変形性右股関節症	初診年月日	(1) 22年10月26日	転帰	年月日
	(2) 強度腰椎側弯症		(2) 25年1月24日		
	(3) 先天性骨盤形成不全		(3) 25年1月24日		

今後の診療見込み
 定期的な鎮痛消炎剤の投与が必要である。
 腰から右股関節にかけての疼痛、跛行。他病で他医学診中の為鎮痛剤投与は他医の場合も有り得る。念の為。

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	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	か月 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 (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2月5日

指定医療機関 所在地及び名称 静岡県熱海市下多賀477番地 南あたま第一病院
 担当医師(診療科名) 整形外科 田澤三郎

※ 嘱託医の意見

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
	検査料		点
合計		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。