

送付した意見書から転記してください。

ケース番号	9999-99
発行取扱者	生活 花子

医療要否意見書

99999

入院外

※ 1 医科 2 歯科※ 1 新規 2 継続 (単・ 併)

(氏名) 伊賀 太郎 平成16年11月1日生 に係る 令和3年6月1日 以降の
医療の要否について意見を求めます。

上野診療所 院(所)長様

令和3年6月1日

伊賀市社会福祉事務所長

記載例

傷病名又は部位	(1) 高血圧 (2) 脂質異常症 (3)	初診 年月 日	(1) 令和3年3月11日 (2) 令和3年3月21日 (3)	転 帰	<input type="checkbox"/> 治 ゆ	<input type="checkbox"/> 死 亡	<input type="checkbox"/> 中 止
主要症状及び 今後の診療見 込	検査データや服薬状況、受診状況、今後の治療方針など、具体的にご記入ください。						
治療見込期間	入院外 6 カ月 日間	概要 医療費	(1) 今回診療日 以降 1 カ月間 円 (入院料 円)	(2) 第 2 カ月目 以降 6 カ月目 まで 円 (入院料 円)	福祉 事務 所へ の連 絡事 項	入院 退院	
上記のとおり (<input checked="" type="checkbox"/> 1 入院外・ <input type="checkbox"/> 2 入院) 医療を (<input checked="" type="checkbox"/> 1 要する・ <input checked="" type="checkbox"/> 2 要しない) と認めます。							
伊賀市社会福祉事務所長 様				令和3年6月1日			
指定医療機関の所在地及び名称 院(所) 長 担 当 医 師 (診 療 科 目)				伊賀市四十九町3184番地 上野診療所 院長 忍者 三郎 (内科)			
※嘱託医の意見							

(切取線)

※発行年月日	年 月 日	診察料・検査料請求書					
※受理年月日	年 月 日	令和 年 月 日					
伊賀市社会福祉事務所長 様							
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							
下記のとおり請求します。							
この券による 診察年月日	年 月 日	※受診者氏名	(歳)				
請求額	診 察 料 料 料	初・再 点 点 点	(検査名)				
	合 計	点 円	※社保等負担額	円	差引計	円	