

医療要否意見書

| | | | | | |
|---|-------------------|--|-------------------------------------|---|-------------------|
| ケース番号 | | | | | |
| 地区担当員 | | | | | |
| 発行取扱者 | | | | | |
| ※ 1 医科 ・ 2 歯科 | | | ※ 1 新規 2 継続 (単・併) | | |
| (氏名) | | に係る 年 月 日以降の医療の要否について意見を求めます。 | | | |
| () | | 令和 年 月 日 | |  久留米市福祉事務所 所長之印 | |
| 傷病名又は部位 | (1) (2) (3) | 初診 年月日 | (1) 年 月 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日 | 転帰 | 年 月 日 治ゆ 死亡 中止 |
| 主要症状及び今後の診療見込 | | | | | |
| 治療見込期間 | 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 年 月 日 (予定) | | (入院料 円) | (入院料 円) |
| 上記のとおり (1入院外・2入院) 医療を (1要する・2要しない) と認めます。 | | | | 令和 年 月 日 | |
| 久留米市福祉事務所長 様 | | 指定医療機関の所在地及び名称 院 (所) 長 担当医師 (診療科名) | | | |
| ※嘱託医の意見 | | | | ※受理年月日 | |