

太枠内を記入してください。

(表面)

医療要否意見書

「傷病名等」

診察が必要となる傷病名を記入してください。複数ある場合は主なものを記入してください。

「初診年月日」

原則記入不要です。
当福祉事務所から問い合わせがあった場合はご回答をお願いします。

傷病名又は部位	(1)	初診年月日	(1)	年	月	日	〔転入時継続のとき記入〕	年	月	日
	(2)		年	月	日					
	(3)		年	月	日					
主要症状及び今後の診療見込		(今後の診療見込に関連する臨床諸検査結果等を記入してください。)								

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ヶ月間	(2) 第2か月日以降6か月まで	福祉事務所連絡事項	
	入院	期間		か月 日間	円 (入院料 円)		円 (入院料 円)
		(予定)年月日		年 月 日			

「概算医療費」

原則記入不要です。
当福祉事務所から問い合わせがあった場合はご回答をお願いします。

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。

盛岡市福祉事務所長 年 月 日

様

指定医療機関の所在地及び名称

院 () 長

担当 (診療科名)

1. 承認 2. 不承認 3. 本庁医

期間(月) 1 2 3 4

()

「治療見込期間」

治療が長期にわたる場合は外来は最大6か月、入院は最大3か月までの期間を記入してください。

「医療の要否」

治療が必要な状況であるかを判断のうえ、1または2に○をつけてください。

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	年 月 日	※受診者氏名	(歳)
--------	-------	--------	------

※長期にわたり受診がない場合、医療要否意見書の記載は不要ですので、お手数ですがその旨付箋などにメモ書きして頂き、返送願います。