

(旧)

帳票No	653	機能名称	医療要否意見書
現行帳票			

医療要否意見書				入院		受付	
1 新規		2 継続					
ケース番号		員番 01		入院市費 後保 01		単給 精神 適用開始 R01.05.30 担当	
医療承認期間		令和 6年 6月 1日 ~ 令和 6年11月30日		地区		その他	
住所		北九州市		に係る令和 6年11月 1日以降の医療の 要否について意見を求めます。			
氏名		北九		令和 7年 5月 13日			
女		S15.01.22生 85才		戸畑福祉事務所長			
(医)		院(所) 長様					
傷病名		(1) 又は部位 (2) (3)		初診 年月日		(1) 年 月 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日	
				転		年 月 日	
				帰		治療 中止 死亡	
今後の診療見込み		福祉事務所への連絡事項					
主要症状及び		人・退院日 年 月 日					
見込期間		入院外 か月 日間		(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		か月 日間 年 月 日		概算 医療費		円 円	
				(入院料)		(入院料)	
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。							
戸畑福祉事務所長 宛 令和 年 月 日							
指定 所在地 及び 名称 医療 院(所) 長 機関 担当医師(診療科名)							
※ 嘱託医 の意見							

点線枠：北九独自出力項目のため標準化により削除

上記の医療を 1. 必要と認める
2. 必要と認めない

記入要領 ※印の欄は福祉事務所が記入します。

(新)

標準化帳票

(表面)

太枠：標準化により簡略

外来 医療要否意見書

※ 医療 継続 (供給) ※受理年月日 年 月 日											
(住所) 999-9999情報市生活宿111-111											
(カナ) (氏名) (昭和20年 1月 1日生まれ)(80 歳)に係る											
医療の要否について意見を求めます。											
情報医院 院(所)長殿 ■□福祉事務所1 ■□福祉事務所1長 令和 7年 3月 18日 小倉印市											
所長 太郎											
傷病名又は部位		(1) (2) (3)		初診年月日		(1) 年 月 日 (2) # # # (3) # # #		[転 続 の] とき 記入		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などを記入してください。)									
入院外		か月 日間		(1)今回診療日以後1か月間		(2)第2か月以降6か月まで		福祉事務所への連絡事項			
入院		期間 年 月 日		(入院料 円)		(入院料 円)					
(予定) 年 月 日		年 月 日									
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。											
■□福祉事務所1長 年 月 日 所長 太郎											
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		1.承認 2.不承認 3.本庁協議 期間(月) 1 2 3 4 5 6 (詳細意見)									
※発行年月日		年 月 日		診療料・検査料請求書							
※受理年月日		年 月 日		年 月 日							
■□福祉事務所1長 年 月 日 所長 太郎											
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。											
この券による診療年月日		年 月 日		※受診者氏名		(80 歳)					
診療料		初・再		点		(検査名)					
請求額		点		点							
合計		点		点		※社保等負担額		円		差引額	

太枠：標準化により追加

発行取扱者

松畑



50042071100042101

※担当員

変更点

国の定める標準様式への変更
主な変更点
・印字項目の削除、追加、簡略化