

福祉事務所で記入

医療要否意見書

15379 入院外

※ ① 医科 ・ ② 歯科 ※ 1 新規 ② 継続（単・併）

(氏名) ( 歳) 昭和 年 月 日生

大分市役所前病院・御中

9990

転帰(治ゆ・死亡・中止(転医を含む。))  
 の場合は、いずれかに○のうえ、日付を記載のうえ、以下の記載はせず、そのまま返送してください。

令和 2年 9月 10日

大分市福祉事務所

傷病名 (1) ○傷病名等  
 現在治療中又は経過観察中の傷病名のみ記入してください。  
 ※他の医療機関で治療中の傷病名の記載は不要です。

初診年月日 年 月 日

○初診年月日は原則記入不要となりました。※福祉事務所からの記載の求めがあった場合のみ対応をお願いします。

転 帰 治 死 中  
 ゆ 亡 止

後及要  
 診療症  
 見 込 状

○主要症状及び今後の診療見込  
 福祉事務所の嘱託医が医療の要否を判断するために、非常に重要な部分です。  
 検査データや機能評価、服薬内容、受診状況、経過、今後の治療方針などをあけて、わかりやすく具体的に記入してください。

稼働状況 被保護者の年齢が15歳～64歳の場合、分かる範囲で下記の就労の可否に○をつけてください。

普通就労 可・否  
 特就労 可・否  
 その他

診療見込期間 (1) 入院外 (2) 入院 医療を (1) 要する・2 要しない) と認めます。

大分市福祉事務所 事務局長 様

○診療見込期間  
 長期にわたる傷病で、期間の見込が立てられない場合は6か月を限度として記入してください。

○医療の要否  
 この例の場合、令和2年10月1日以降に治療が必要な状況であるかを判断のうえ、1又は2に○をつけてください。

大分市〇〇町〇〇番地  
 大分市役所前病院  
 院長 福祉 花子 印

※受理 月 日

( 切 取 線 )

※ 発行年月日 年 月 日

※ 受理年月日 年 月 日

大分市福祉事務所 事務局長 様

下のとおり請求します。 指定医療機関所在地名称 院(所)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 ( 歳)

請 診 察 料	初・再	点	(検査名)
料 料		点	
料		点	
額 合 計		点	※社保等負担額 円 差引計 円

○所在地及び名称等  
 所在地、名称等はゴム印でかまいませんが、必ず日付を記入し押印してください。

- 医療要否意見書が福祉事務所より送付されてきた場合、まずはこちらの日付をご確認ください。
- この例の場合、令和2年10月1日以降の当該患者の医療の必要性についてご意見をいただくものです。
- 令和2年10月1日以降も、医学的観点からみて、医療の給付が必要と判断される場合には、「傷病名」「主要症状及び今後の診療見込」「診療見込期間」等を記載してください。
- 診療見込期間は、この例の場合、令和2年10月1日以降に要するであろう療養期間を記載してください。  
 (令和2年9月末までの間に実際に診療を行った実日数ではありません。)  
 原則、この診療見込期間に記載いただいた期間(最大6か月)について、医療券を送付します。(一部、例外を除く。)
- 令和2年10月1日までの間に、すでに「治癒」「中止」「死亡」などにより、診療を継続していない場合には、「傷病名」「転帰」の欄のみ記載したうえで、返送願います。  
 この場合、10月以降の医療券の発行は停止します。
- 精神通院医療及び特定医療費(指定難病)の支給認定を受けている場合で併発疾病がある場合、「主要症状」欄には、精神障害に関する病状及び難病に関する病状の記載は必要ありません。



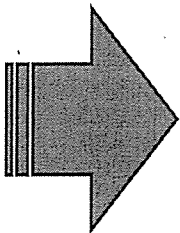
医療要否意見書（別紙）の利用方法

医療要否意見書（別紙）はMicrosoft Excelで作成できます。大分市ホームページよりダウンロードしてご利用ください。  
 左下の医療要否意見書入力シートに入力することで、右下の医療要否意見書が自動で作成されます。網かけ部分は入力必須項目となっています。  
 医療要否意見書の原本に添付のうえ、提出願います。

医療要否意見書入力シート

この入力シートに入力すると、医療要否意見書(別紙)のシートに必要事項が自動で入力されます。  
 ・必須項目に色づけをしています。入力すると白に変わる設定になっています。  
 ・すべて記載した後、色づけ部分が残っていないかを確認してください。

基本情報 <small>※移送された医療要否意見書の内容を基に入力してください。</small>	ケース番号				
	地区名				
	発行取扱者(生保福祉課)				
	患者氏名				
	生年月日				
	年齢				
いつ以降の医療の要否についてか(目的)	医師の要否				
	医療機関名称				
	医療要否意見書送付日				
	医療の種類(入院or入院外)				
傷病名等	傷病名1	初診年月日1	経緯1	入院	入院外
	傷病名2	初診年月日2	経緯2	経起年月日1	
	傷病名3	初診年月日3	経緯3	経起年月日2	
	傷病名4	初診年月日4	経緯4	経起年月日3	
	傷病名5	初診年月日5	経緯5	経起年月日4	
主治症状及び今後の診療見込 <small>※その他福祉事務所へ連絡すべき事項がある場合はこの欄に入力願います。</small>					
今後の療養の要否の見込	入院外	明治33年1月0日	以降	か月間	自閉治療に要する見込み
	入院	年月日	以降	か月間	自閉治療に要する見込み
今後の療養の要否の見込(詳細)	今月診療日以降1か月間	入院外	円		
	第2か月以降6か月日まで	入院	円		
	入院外	円			
	入院	円			
福祉状況	看護ケアの可否				フルタイムより選択してください。※15歳以上18歳未満の患者の場合は必須ではありません。
	福祉ケアの可否				
医療機関等の情報	明治33年1月0日	以降	の医療の要するかどうか		フルタイムより選択してください。
	記載日・作成日				
	指定医療機関の所在地				
	指定医療機関の名称				
	院長(所長)				
担当医師名					
診療科目					



ケース番号	医療要否意見書		(別紙)
地区名			
発行取扱者			
※ <input type="checkbox"/> 1. 医科 <input type="checkbox"/> 2. 歯科		※ 1 新規 <input checked="" type="radio"/> 2 継続 (単 <input type="radio"/> 併 <input 2"="" type="radio/&gt;)&lt;/td&gt; &lt;/tr&gt; &lt;tr&gt; &lt;td&gt;(氏名)&lt;/td&gt; &lt;td&gt;(年齢)&lt;/td&gt; &lt;td colspan="/> に係る 以降の	
(生年月日)	歳	院(所)長様、医療の要否について意見を求めます。	
大分市福祉事務所長			
傷病名又は部位	(1)	(1)	転帰(年月日)
	(2)	(2)	
	(3)	(3)	
	(4)	(4)	
	(5)	(5)	
今後の診療見込	稼働状況		
	普通就労 軽就労 その他		
診療見込期間	入院 外 入院	か月、 日間	概算医療費 (入院料 円)
入院	期間	か月、 日間	(1) 今回診療口 以降1か月間 円
入院	年月日 (予定含む)		(2) 第2か月 以降6か月目まで 円
上記のとおり 医療を と認めます。			
大分市福祉事務所長 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)			
印			
※嘱託医の意見	※受理年月日		