

医療要否意見書（記載例）

記載例の概要

ケース番号 012345-01 地区名 旧廃止データ移行地区 発行取扱者 9999 旧廃止データ	25	福祉事務所で記入						
医療要否意見書								
※ ① 医科・2 歯科 ※ 1 新規 ② 継続（単・併）								
(氏名) (116歳) 明治33年 1月 1日生 に係る 2年 8月 1日以降の医療の要否について意見を求めます。 大分市役所前クリニック 院(所)長様 9997 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。								
部 傷 又 病 位 名	(1) 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	(1) 年 月 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日	年 月 日 年 月 日 年 月 日	年 月 日 年 月 日 年 月 日	年 月 日 年 月 日 年 月 日	年 月 日 年 月 日 年 月 日	年 月 日 年 月 日 年 月 日
今 主 後 の 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げて、わかりやすく具体的に記入してください。		稼働状況	備 考	被保険者の年齢が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 専 就 労 可・否 その他			
診 療 見 込 期 間	入院外 年月日	入院 年月日	診 療 料	検 査 料	請 求 額	差 引 計	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、必ず日付を記入してください。	
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8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。	令和2年8月1日 大分市〇〇町〇〇番地 大分市役所前クリニック 院長 福祉 花子	令和2年8月1日 大分市〇〇町〇〇番地 大分市役所前クリニック 院長 福祉 花子	令和2年8月1日 大分市〇〇町〇〇番地 大分市役所前クリニック 院長 福祉 花子	令和2年8月1日 大分市〇〇町〇〇番地 大分市役所前クリニック 院長 福祉 花子	令和2年8月1日 大分市〇〇町〇〇番地 大分市役所前クリニック 院長 福祉 花子	令和2年8月1日 大分市〇〇町〇〇番地 大分市役所前クリニック 院長 福祉 花子	令和2年8月1日 大分市〇〇町〇〇番地 大分市役所前クリニック 院長 福祉 花子

- 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8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8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」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8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8月1日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8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、8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。
- ※ 「初診年月日」、「概算医療費」は当福祉事務所より求めがあった場合のみ記入をしてください。

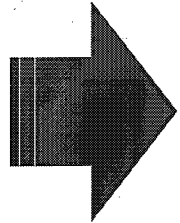
医療要否意見書（別紙）の利用方法

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	ケース番号	-		
	地区名			
	発行取扱者(生活福祉課)			
	患者氏名			
	生年月日			
	年齢			
医療機関情報	いつ以降の医療の要否についてか(日付)	以降の要否		
	医療機関名称			
	医療要否意見書送付日			
	医療の無料/入院(入院外)			
	医療の無料/入院(入院外)			
傷病名等	傷病名1	初診年月日1	転帰1	
	傷病名2	初診年月日2	転帰2	
	傷病名3	初診年月日3	転帰3	
	傷病名4	初診年月日4	転帰4	
	傷病名5	初診年月日5	転帰5	
今後の診療見込	入院外	明治23年1月0日 以降	か月M 日M	日M治療に要する見込み
	入院	明治23年1月0日 以降	か月M 日M	日M治療に要する見込み
入院料	入院(予定含む)	明治23年1月0日 以降	か月M 日M	円
	入院(予定含む)	明治23年1月0日 以降	か月M 日M	円
就業状況	普通就労の可否	○		
	軽就労の可否	○		
記載医師等の情報	記載日・作成日			
	指定医療機関の所在地			
医療要否	指定医療機関の名称			
	院(所)長			
医療要否	担当医師名			
	診療科目			



医療要否意見書 (別紙)

ケース番号: -

地区名: _____

発行取扱者: _____

※ 1. 医科 2. 歯科 ※ 1 新規 (2) 継続 (単・併)

(氏名) _____ に係る 以降の

(生年月日) _____ (年齢) _____ 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)	初診年月日	(1)	転帰(年月日)
	(2)		(2)	
	(3)		(3)	
	(4)		(4)	
	(5)		(5)	

稼働状況

普通就労
軽就労
その他

今後の診療見込

診療見込期間	入院外	か月	日間	(1) 今回診療日以降1か月間	円	(2) 第2か月以降6か月目まで	円	福祉事務所への連絡事項
	入院	か月	日間	概算医療費 (入院料)	円	(入院料)	円	入院 退院

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) _____

※嘱託医の意見 _____ ※受理年月日 _____