

ジェネリックの使用 不可の理由	生活保護制度において、生活保護受給者の後発医薬品の使用が原則となります。 長期収載品を使用する場合は、医療上の必要性をご記載ください。
--------------------	--

福祉事務所で記入

➡

福祉事務所
受付日 年 月 日

医療要否意見書

※	※ ()	※受理年月日	年 月 日
(住所) 大分市荷揚町123番地 (カナ) オオイタ タロウ (氏名) 大分 太郎 (年 月 日生まれ) (歳)に係る			
(令和8年2月1日「以降の」) 医療の要否について意見を求めます。			

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。

「初診年月日」
 当福祉事務所より求めがあった場合のみ記入してください。

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。

傷病名又は部位	(1) (2) (3)	初診年月日	(1) 年 月 日 (2) # # # (3) # # #	転 帰	継続の 上乗加算	治ゆ 死亡 中止	年 月 日
---------	-------------------	-------	-------------------------------------	-----	-------------	----------	-------

嘱託医が医療の要否を判断するうえで、検査データや機能評価、服薬内容、受診状況、治療経過、今後の治療方針などの内容が必要となります。そのため具体的な記載が無い場合は、再度記載をお願いすることがあります。

治療見込期間	入院外	か月	日間	概算医療費	以降1ヶ月間	6か月まで	福祉へ
入院	期間	か月	日間	円	円	円	
(予定)	年月日	年 月 日		(入院料 円)	(入院料 円)	(入院料 円)	

治療見込期間
 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8年2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または2に○をつけてください。

「概算医療費」
 当福祉事務所より求めがあった場合のみ記入してください。

令和 8 年 1 月 10 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
 担当医 荷揚 次郎(内科)

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。

※ 嘱託医の意見	(詳細意見)	※ 承認 (月)	年 月 日	診療科・検査科	年 月 日
※ 発行年月日	年 月 日	※ 受理年月日	年 月 日		

※医療要否意見書の送付に際し、症状把握が不十分な場合、軽微な体調不良(風邪等)で一時的に受診を行ったものについても送付をしてしまうことがあります。
 その場合、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。

診療科	初・再 点	(検査名)	請求額	合計	※ 社保等負担額	円 差引計	円
#	#	#	#	#	#	#	#

※担当員