

交付処理	種類	月分	月分	月分	月分	月分	月分
	医療券						
	調剤券						

認定No.

医療要否意見書 (1. 新規 2. 継続)

嘱託医 要 否	査察指導員	医療主査	担当者

1. 医科 2. 歯科	受理年月日	年 月 日
-------------	-------	-------

(氏名) _____ に係る医療の要否について意見を求めます。
 (居住地) _____ 生年月日 _____ 年 月 日 (_____ 歳)
 _____ 年 月 日
 福祉事務所長 印

傷病名	初診年月日	主要症状・検査結果	治療方針・内容・転帰
(1) A	(1) 年 月 日	(1) B	(1) C
(2)	(2) 年 月 日	(2)	(2)
(3)	(3) 年 月 日	(3)	(3)
(4)	(4) 年 月 日	(4)	(4)
(5)	(5) 年 月 日	(5)	(5)
(6)	(6) 年 月 日	(6)	(6)
(7)	(7) 年 月 日	(7)	(7)

D 稼働能力所見 (18歳~64歳) (医学的根拠に基づいての身体能力評価)
 (1. パート 2. フルタイム) の勤務形態で以下の稼働が可能。
 1. 稼働可能 : 治療しながら右欄程度の仕事ができる。
 2. 稼働不能 (理由: _____)
 3. 現時点では不明 :あと(_____)か月の経過観察を要す。
 (軽労働: 店員、事務など軽微なもの) (具体的な労働条件など)
 b. 中労働: 店員
 c. 重労働: 日雇
18~64歳の患者については必ず記載を。患者の就労指導を行う際に参考とします

主治医意見 : ①治療の必要性(特に入院) ②病状の変化に伴う治療内容の変化 ③高額な理由 ④稼働能力などについて具体的に
E ・患者の**具体的な**状態
 ・上記事項では判断できないような事柄
 ・福祉事務所が患者に対して指導を行う際の**具体的助言**
 ・医療費が高額になる場合の理由など
F 医学的に必要と思われる1ヶ月の定期受診回数 _____ 回

調剤券発行の要否 要 不要 **医学的に適切な診療見込み期間を記載**
 1ヶ月の見込み受診回数 _____ 回

<他法関係> 1. 自立支援医療(更正・育成・精神通院) 2. 感染症法(結核) 3. その他 _____ <保険有無> 1. 社保 2. その他 _____

G 診療見込: 1. 入院外 2. 入院 _____ 月 日から _____ か月間・日 入院予定日 _____ 月 日
 今回診療日以降1か月間分 第2か月以降6か月目まで合計 <福祉事務所への連絡事項>

H 概算医療費 _____ 円 _____ 円
 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) _____
あくまで概算です。実際にかかった医療費を記入する欄ではありません。
 指定医療機関名 _____ 院(所)長 (記名・押印) _____ 年 月 日 (印)
 所在地 _____ 担当医師 (記名・押印) _____ (印)
 _____ 診療科名 (_____)

嘱託医意見 _____ 福祉事務所意見 _____ 本庁技術吏員の意見 _____ 入力年月日 _____ (印)

※発行取扱者