

生活保護 医療要否意見書 記入見本

様式第13号



医療要否意見書

平成28年8月1日分
(歯科) 以降

1 医科 ※1 新規
② 歯科 ② 継続(単給, 併給)

※発行番号
※受理年月日 年 月 日

(氏名) 呉市 太郎 (60才)に係る医療の要否について意見を求めます。

生年月日 昭和31年3月11日 平成28年6月22日

〇〇医院 院(所)長殿 呉市福祉事務所長 (生活支援課)

傷病名 又は部位	(1) ○○○	初診年月日	(1) 28年5月2日	転入 治死中 帰ゆ亡止	年 月 日
	(2)		(2) 年 月 日		年 月 日
	(3)		(3) 年 月 日		年 月 日

主要症状
及び今後の
診療見込
△△△
■■■
◇◇◇

診療見込期間	入院外		1ヶ月 日間		概算医療費 (入院料)	(1) 今回診療日 以降1ヶ月間		(2) 第2ヶ月目以降 6ヶ月目まで		福祉への 連絡事項	退院日
	入 院	期 間	年 月 日	年 月 日		円	円	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) と認めます。

呉市福祉事務所長 殿 平成28年7月15日
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)
呉市中央〇丁目〇番〇号
〇〇医院
印

- 注 意
- この患者に係る平成28年8月1日以降の医療券が必要な場合は、必要事項を記入の上、平成28年8月1日までに呉市福祉事務所へ送付してください。また、不要な場合についても送付してください。
 - この意見書の記入に当たっては、「指定医療機関の手引き」を参照の上、できる限り詳細に記入してください。
 - この意見書が期日までに送付されない場合には、翌日以降の医療券が発行できない場合もありますので留意してください。
 - ※印欄は、福祉事務所で記入しますので記入しないでください。

「新規」・・・新たに生活保護の申請をしている人
「継続」・・・現在生活保護を受けている人
「単給」・・・医療扶助のみを受けている人
「併給」・・・医療扶助以外にも受けている人

診断が確定せず、傷病名に疑義がある場合は「〇〇の疑い」と記入してください。

「新規」の場合は、できるだけ詳細に、「継続」の場合は簡明に記入してください。

診療見込期間が1か月未満の場合は日数を、1か月以上の場合は月数を記入してください。原則として3か月が上限です。ただし、慢性疾病で継続通院の場合は、6か月が上限です。

治療を継続する場合は、「1.入院外」に○印をし、医療を「1.要する」に○印をしてください。中止する場合は医療を「2.要しない」に○印をしてください。

初診料(初診時基本診療料)の算定の基礎となった年月日を記入してください。

「新規」の場合及び「継続」で「単給」の場合は、必ず記入してください。「継続」で「併給」の場合は、記入不要です。

必ず押印してください。

医療機関の所在地・名称を記入してください。