

医療要否意見書

《記載不要》

下記の者にかかる医療の要否等について意見を求めます。

大阪市 区保健福祉センター所長 公印

ケース番号 《記載不要》

区保健福祉センターが入力 《医療機関は記載不要》	医科に関する事項 《歯科は記載不要》
要記載欄 (1)	要記載欄 (2)
要記載欄 (3)	医科に関する事項 《歯科は記載不要》 「※」がある場合、必ず記入してくださいと記載がありますが、記載は不要です。
要記載欄 (4)	要記載欄 (5)
要記載欄 (5)	要記載欄 (6)
要記載欄 (7)	
区保健福祉センター及び福祉局記載欄 《医療機関は記載不要》	

右記載の説明は実際の意見書でご確認ください

連絡欄

要記載欄 (8)

・・・《要記載欄 (1)～(8)について》・・・

要記載欄 (1) : 現在治療している部位・傷病名を記載してください。
(過去の傷病や医科で治療中の傷病の記載は不要)
診断が確定されていない場合は所謂疑い病名でも構いません。
傷病名については、細かい関連する病名は不要とし、代表的な病名を記載代表的な病名が複数ある場合については、複数に記載してください。

要記載欄 (2) : 原則として記載不要ですが、治療状況を把握するために出来る限り (1) で記載した傷病に対する初診年月日の記載をお願いします。未記載の場合で、初診年月日の確認が必要になった場合は、福祉事務所から電話連絡または書面連絡にて依頼させていただきます。なお、入院年月日や転記は記載すべき内容が無ければ空欄でも構いません。

要記載欄 (3) : (1) で記載した傷病の主要症状を記載し、今後の治療予定内容を簡潔に記載してください。検査が必要な傷病は、検査名及び検査結果を記載してください。

要記載欄 (4) : 訪問診療を要する場合は当欄に○をし、要記載欄 (8) に必要な事項 (下記参照) を記載してください。

要記載欄 (5) : 診療見込み期間を記載してください。通院・訪問診療は入院外の欄に記載してください。6か月以内 (6か月を超える場合は6か月) で実際に要する治療期間を記載してください。なお、診療期間が1か月未満となる場合は日数を記載してください。

要記載欄 (6) : 原則として記載不要ですが、概算医療費の確認が必要になった場合は、福祉事務所から電話連絡または書面連絡にて依頼させていただきます。

要記載欄 (7) : 治療が必要かどうかについての医療機関の意見を記載していただく欄になります。入院又は入院外について、医療を要するか要しないかについて、該当する箇所に○印を記載してください。医療機関の所在地及び名称、また、同医療機関の院長名 (所長名) の記載、また担当医師の署名及び捺印が必要です。

要記載欄 (8) : 訪問診療が必要な場合は、(4) 欄に○を記入し、訪問診療が必要な理由を当欄に記載してください。

提出期限
この医療

注意
この意見
診察料等を
料等を患者
なお、患
してください
また、こ
には、その

記入事項
1. この意
合に必要
ただし
2. 診断が確
関連する
ください。
3. 「初診年
お、記
4. 「転帰」
5. 「主要症
に応じて
6. 「診療見
は繰り上
7. 「症状が
ず記入し
8. 「栄養補
する資料

9. 「概算医
お、記
費概算額
以降6か
10. 医療要
11. 特