様式第17号（第７条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ケース番号 |  |  |
| 地区名 |  | 医療要否意見書 |
| 発行取扱者 |  |  |
| 地区担当員 |  |
|  |
| ※　　１　医科　・　２　歯科 | ※　　１　新規　２　継続 |
| （氏名）　　　　　　　　　　年生 | に係る　　年　　月　　日以降の医療の要否について意見を求めます。 |
|  |
| 院（所）長　様　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　丸亀市福祉事務所長　　　　　　　　　　　　　　　　印　 |
|  |
| 傷病名又は部位 | (１)(２)(３) | 初診年月日 | (１)　年　月　日(２)　年　月　日(３)　年　月　日 | 転帰 | 年月日 |
| 治ゆ | 死亡 | 中止 |
| 主要症状及び今後の診療見込 |  | 稼働状況 |
| 普通就労　可・否軽就労　可・否その他 |
| 診療見込期間 | 入院外 | か月 日間 | 概算医療費 | (１)今回診療日以降１か月間 | (２)　第２か月目以降６か月目まで | の連絡事項福祉事務所へ | 入院　年　月　日退院　年　月　日 |
| 入院 | 期間 | か月 日間 |
| 円(入院料　円) | 円(入院料　円) |
| 年月日（予定含） | 年　月　日 |
| 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。　　　　年　　月　　日　丸亀市福祉事務所長　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 | 入院　　　適当（　　ヶ月承認する）入院外　　不適当　　　　　　　　　　　 | ※受理年月日 |

（記入要領）

１．この意見書は、生活保護法による医療扶助を受けようとするとき又は現にうけている医療扶助の停、廃止を行う場合に必要となる大切な資料でありますので、できるだけ　詳しく、かつ、正確に記入してください。ただし、結核性疾患及び精神病の傷病による入院医療については別に定める様式により記入していただくことになっております。

２．診断が確定せず、傷病名に疑義がある場合には「傷病名又は部位」欄には○○の疑いと記入してください。

３．「初診年月日」欄には、費用負担関係の如何にかかわらず、その傷病についての初診年を記入してください。

４．「概算医療費」欄の「(1)今回診療日以降1か月間」にはこの意見書による診療日以降1か月間にようする医療費概算額を、「(2)第2か月目以降6か月まで」には、1か月を越えて診療を必要とするものについて、第2か月目以降6か月までに要する医療費概算額を記入し、(　)内に入院料を再掲してください。なお、2継続で併の場合は記入する必要はありません。