

医療要否意見書記入例の一部訂正（ホームページは反映しています。）

令和4年2月1日 生活保護法に基づく医療扶助の取り扱いについて（通知）P6

正 日付の記入は必ずお願いします。

⊗（医療要否意見書）丸印なし

誤 押印及び日付の記入は必ずお願いします。

⊗（医療要否意見書）丸印あり

説明：医療要否意見書記入例の誤箇所は次の2箇所です。

（正）

**医療要否意見書記入例**

大枠の部分のみ記入し、速やかにご返送をお願いします。  
※印欄は保健福祉センターで記入します。

【傷病名及び部位】  
現在治療中又は経過観察中の傷病名のみをご記入ください。

【主要症状及び今後の診療見込】  
福祉事務所嘱託医が医療の要否を判断するとともに、被保護者等世帯の援助方針を確立するうえで非常に大切な部分となります。  
・医学的所見・検査結果の具体的な数値・血圧等の計測値  
・服薬内容・受診状況及び経過・今後の治療見込  
などの他、お気づきの点等ありましたら、わかりやすく具体的に記入してください。  
<記載が不十分な例>  
・上記疾患に対し、通院加療中  
・投薬加療中。今後も通院加療を要する 等

【診療見込期間】  
今後、医師が必要な期間の見込について、1か月未満の場合には見込日数を、1か月以上の場合は見込月数を記入してください。  
入院外は最長6か月を限度として記入してください。

医療の要否  
(要する・要しない)のいずれかを○で囲んでください。

【所在地名称(所長(担当医師))】  
所在地、名称、院(所)長名(担当医師名)はゴム印で結構です。日付の記入は必ずお願いします。

医療要否意見書 (一般) 入院外

(年月分) 医療機関コード ケース番号 地区コード  
※ 1.新規 2.継続 3.変更 発行年月日 受理年月日

※患者氏名 ●●●●● (●才)に係る医療の要否について意見を求めます。  
生年月日 ●●●●年●●月●●日 令和 年 月 日  
院(所)長 様  
尼崎市●部保健福祉センター所長 (公印)

傷病名(1) 年月日 転帰 年月日  
(2) 初診 年月日  
(3) 年月日  
(4) 年月日 (継続のとき記入) 治 死亡 中止  
(5) 年月日

主要症状及び今後の見込 (今後の診療見込に関連する臨床検査結果等を記入してください) 病状からみた稼働能力の程度(15~64歳の入院外)(稼働能力での取扱い)  
1 不能  
2 軽労働  
3 中等労働  
4 重労働  
5 不明

診療見込期間 入院外 入院 今 回 診 察 日 第2か月目以降 62か月目まで  
期 間 期 間 以 降 1 か 月 間 入院外 入院外  
入院 入院 入院 入院  
年月日 年月日 円 円  
円 円

医療の要否 上記のとおり入院外医療を(要する・要しない)と認めます。  
尼崎市●部保健福祉センター所長 様  
所在地 所在地  
指定医療機関 名(担当医師)  
受理年月日

嘱託医の意見 通 否 保留 医療担当者事務処理欄  
月表まで添送

【初診年月日】  
初診年月日は原則として記載不要となりました。ただし、保健福祉センターから求めがあった場合は記載をお願いします。(必要な場合は電話または書面で依頼します。)

【転 帰】  
今後医療の必要性がなくなる場合に記入してください。

【病状からみた稼働能力の程度】  
被保護者に対する処遇内容の充実を図るため、15歳から64歳までの入院外の患者について、現在の症状、治療状況からみた患者の状況状態について記載をお願いします。判断ができない場合は空白のままご提出をお願いします。なお、歯科については記載不要です。

【稼働能力の程度の基準】  
1 不能・・・働くことができない  
2 軽労働・・・内職程度であればできる  
3 中等労働・・・事務、販売等の普通の仕事ができる  
4 重労働・・・体力を使った仕事もできる  
5 不明・・・現時点では判断できない

【概算医療費】  
概算医療費は原則として記載不要となりました。ただし、保健福祉センターから求めがあった場合は記載をお願いします。(必要な場合は電話または書面で依頼します。)

（誤）

**医療要否意見書記入例**

大枠の部分のみ記入し、速やかにご返送をお願いします。  
※印欄は保健福祉センターで記入します。

【傷病名及び部位】  
現在治療中又は経過観察中の傷病名のみをご記入ください。

【主要症状及び今後の診療見込】  
福祉事務所嘱託医が医療の要否を判断するとともに、被保護者等世帯の援助方針を確立するうえで非常に大切な部分となります。  
・医学的所見・検査結果の具体的な数値・血圧等の計測値  
・服薬内容・受診状況及び経過・今後の治療見込  
などの他、お気づきの点等ありましたら、わかりやすく具体的に記入してください。  
<記載が不十分な例>  
・上記疾患に対し、通院加療中  
・投薬加療中。今後も通院加療を要する 等

【診療見込期間】  
今後、医師が必要な期間の見込について、1か月未満の場合には見込日数を、1か月以上の場合は見込月数を記入してください。  
入院外は最長6か月を限度として記入してください。

医療の要否  
(要する・要しない)のいずれかを○で囲んでください。

【所在地名称(所長(担当医師))】  
所在地、名称、院(所)長名(担当医師名)はゴム印で結構です。押印及び日付の記入は必ずお願いします。

医療要否意見書 (一般) 入院外

(年月分) 医療機関コード ケース番号 地区コード  
※ 1.新規 2.継続 3.変更 発行年月日 受理年月日

※患者氏名 ●●●●● (●才)に係る医療の要否について意見を求めます。  
生年月日 ●●●●年●●月●●日 令和 年 月 日  
院(所)長 様  
尼崎市●部保健福祉センター所長 (公印)

傷病名(1) 年月日 転帰 年月日  
(2) 初診 年月日  
(3) 年月日  
(4) 年月日 (継続のとき記入) 治 死亡 中止  
(5) 年月日

主要症状及び今後の見込 (今後の診療見込に関連する臨床検査結果等を記入してください) 病状からみた稼働能力の程度(15~64歳の入院外)(稼働能力での取扱い)  
1 不能  
2 軽労働  
3 中等労働  
4 重労働  
5 不明

診療見込期間 入院外 入院 今 回 診 察 日 第2か月目以降 62か月目まで  
期 間 期 間 以 降 1 か 月 間 入院外 入院外  
入院 入院 入院 入院  
年月日 年月日 円 円  
円 円

医療の要否 上記のとおり入院外医療を(要する・要しない)と認めます。  
尼崎市●部保健福祉センター所長 様  
所在地 所在地  
指定医療機関 名(担当医師)  
受理年月日

嘱託医の意見 通 否 保留 医療担当者事務処理欄  
月表まで添送

【初診年月日】  
初診年月日は原則として記載不要となりました。ただし、保健福祉センターから求めがあった場合は記載をお願いします。(必要な場合は電話または書面で依頼します。)

【転 帰】  
今後医療の必要性がなくなる場合に記入してください。

【病状からみた稼働能力の程度】  
被保護者に対する処遇内容の充実を図るため、15歳から64歳までの入院外の患者について、現在の症状、治療状況からみた患者の状況状態について記載をお願いします。判断ができない場合は空白のままご提出をお願いします。なお、歯科については記載不要です。

【稼働能力の程度の基準】  
1 不能・・・働くことができない  
2 軽労働・・・内職程度であればできる  
3 中等労働・・・事務、販売等の普通の仕事ができる  
4 重労働・・・体力を使った仕事もできる  
5 不明・・・現時点では判断できない

【概算医療費】  
概算医療費は原則として記載不要となりました。ただし、保健福祉センターから求めがあった場合は記載をお願いします。(必要な場合は電話または書面で依頼します。)

1箇所目

2箇所目