

記入上の注意

交付番号

医療要否意見書

※ケース番号	※1医科 2歯科	※1新規 2継続(単・併)	※受理年月日	年	月	日
(氏名) _____ 年 月 日生(満 歳)						
_____に係る _____ 月以降の医療の要否について意見を求めます。						
(居住地) 豊田市 _____ 年 月 日						
<b>院(所)長 殿</b>						
豊田 <b>初診年月日</b> 貴院における初診日を 記入してください。 長						

傷病名 又は部位	(1)	初診 年月日	(1)	年	月	日	転帰	年 月 日			
	(2)		(2)	年	月	日		治	死	中	
(3)	(3)		年	月	日	ゆ		亡	止		
			入院	年	月	日					

**傷病名又は部位**  
現在治療中又は経過観察中の主な傷病名を3つまで記入してください。  
※他の医療機関で治療中の傷病名の記載は不要です。

(今後の診療見込みに関連する臨床諸検査結果等を記入してください。)

**主要症状及び今後の診療見込み**  
福祉事務所の嘱託医が医療の要否を判断するために、重要な部分です。  
検査データや受診状況、経過、今後の治療方針などをあげて、分かりやすく、具体的に記入してください。

**診療見込期間**  
原則3か月ですが、長期に継続すると判断される場合は、最長6か月と記載してください。

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	福祉事務所向 の連絡事項	入院外の場合 通院の必要回数1か月 回ぐらい
	入院 (予定) 年月日	年 月 日		円 (入院料)	円 (入院料)		

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。

豊田市社会福祉事務所長 殿

**医療の要否**  
それぞれ1又は2を○で囲んでください。

指定医療機関の所在地及び名称

院(所)長

担当医師

※ 嘱託医の意見 (承認期間 1入院外 2入院 か月 年 月 日 ~ 年 月 日)

※発行取扱者

豊田市社会福祉事務所

㊤

査察  
確認印

地区  
担当員  
確認印