

医療要否意見書の入力方法について

ケース番号	(1)	医療要否意見書		医療担当員	地区担当員	
地区名	(2)					
発行取扱者		(3)	入院外			
※ ① 医科 ・ ② 歯科		※ ① 新規 ② 継続 (単 ・ 併)				
(氏名)	(4)	(5) 生	に係る	(7) 年 (8) 月 (9) 日	以降の	
(6)	院(所)長様		医療の要否について意見を求めます。			
		平成	(10) 年 (11) 月 (12) 日	鶴岡市福祉事務所長		
傷病名又は部位	(1) (13)	(1) (14) 年 (15) 月 (16) 日	初診年月日	年 月 日		
	(2)	(2) 年 月 日		転帰	治	死
	(3)	(3) 年 月 日			ゆ	亡
	(4)	(4) 年 月 日			中	止
	(5)	(5) 年 月 日			稼働状況	
主要症状及び今後の診療見込	(17)	普通就労 (18))	
		軽就労 (19)				
		その他				
診療見込期間	入院外	(20) か月	日間	(1) 今回診療日以降1か月間	(2) 第2か月以降6か月目まで	
	入院	期 間	か月 日間	概算医療費	福祉事務所への連絡事項	
	院 (予定含)	年 月 日	年 月 日	(入院料) 円	(入院料) 円	
上記のとおり 入院外 医療を 要する と認めます。						
鶴岡市福祉事務所長 様		平成	(21) 年 (22) 月 (23) 日			
指定医療機関の所在地及び名称		(24)				
院(所)長		(25)				
担当医師(診療科名)		(26) 印				
※嘱託医の意見				※受理年月日		

- エクセルデータには「入院外」シートと「入院」シートがありますので、該当の様式をご利用下さい。
- 必須項目を黄色で表示しており、入力すると白に変わる設定をしております。所より郵送された要否意見書を参考に、必須項目は必ず埋めて下さい。
- 必須項目は以下のとおりです。
 - (1) ケース番号
 - (2) 地区名
 - (3) ケースワーカーNo.
 - (4) 氏名
 - (5) 生年
 - (6) 指定医療機関名称
 - (7)～(9) 要否年月日
 - (10)～(12) 意見書発行年月日
 - (13) 傷病名 ※複数ある場合は下に続けて入力
 - (14)～(16) 初診年月日 ※複数ある場合は下に続けて入力
 - (17) 主要症状及び今後の診療見込
 - (18) 普通就労の可否 ※プルダウンより「可」又は「否」を選択
 - (19) 軽就労の可否 ※プルダウンより「可」又は「否」を選択
 - (20) 入院外診療見込期間
 - (21)～(23) 提出年月日
 - (24) 指定医療機関の所在地及び名称
 - (25) 院(所)長名
 - (26) 担当医師名(診療科名)
- 作成した要否意見書は、プリントアウトし、担当医師の印鑑を押印の上、所より郵送された要否意見書と一緒に返送して下さい。