|  |  |
| --- | --- |
| ケース番号 |  |
| 地区名 |  |
| 地区担当員 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 　　　　　　　※　　１　医　科　・　２　歯　科 | 　※　　１ 新規　　２ 継続（ 単・併 ） |
|  に係る　　　年　　月　　日以降の（氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療の要否をお聞かせ下さい。　　　　　　　　　　　　　　　　院（所）長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　新潟市　　福祉事務所長 |
| 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 |
| 現在（過去6ヶ月以内）までの経過 | □1 改善　□2 不変　□3 悪化　□4 その他（変動　　　　　　　　　） |
| 今後（　ヶ月間）の治療計画（6ヶ月以内）　　 | 入院外 | □1 通院（1ヶ月　　日位） | □2 往診　□3 入院考慮　□4 その他 |
| 入　院 | □1 内科的治療　□2 外科的治療　□3 リハビリ　□4 食事療法　□5 その他 |
| 予想される予後 | □1 改善期待できる　□2 症状固定又は不変　□3 悪化　□4 不明 |
| 診療見込機関 | 入 院 外 | 　 か月　　 日間 | 概算医療費 | (1)今回診療日以降1か月間円(入院料　 　円) | (1)今回診療日以降1か月間円(入院料　　 円) | 福の祉連事絡務事所項へ | 入院年月日退院年月日 |
| 入院 | 期　間 | 　か月　　 日間 |
| 年 月 日(予定含） | 　 |
| 　上記の通り（□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　新潟市　　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） 印 |
| ※医療機関への連絡事項 |  | ※　　受 理 |
| 福祉事務所への連絡事項 |  |
| ※嘱託医の意見 | (　 ・　・　) |

医療要否意見書

（記入要領）

1　※印欄には記入しないで下さい。

2　この意見書は，生活保護法による医療扶助の要否及び支給額等の決定上大切な根拠資料となりますので，できるだけ

　詳しく，かつ正確に記入されるようお願いします。

3　「診療見込期間」「概算医療費総額」について

（1）「診療見込期間」は必ずお書き下さい。

（2）「概算医療費総額」は新規申請の場合にのみ記入してください。

　　なお，両方とも，おおよその推定できる範囲内で差しつかえありません。

入 院 外

新潟市　　　福祉事務所