

様式番号

福祉事務所
受付日

月 日

文書番号

入院・外来

医療要否意見書

地区名称

ケース番号

世帯員番号

※ 診療種別

※ 新規・継続

(単給・併給)

※受理年月日

年 月 日

(住所)	住所
(カナ)	カナ氏名
(医療の開始年月日) 以降の	(氏名) 氏名 (生年月日 生まれ) (年齢 歳) に係る
医療の要否について意見を求めます。	
発行年月日	印
医療機関名称	院(所)長殿
自治体名称	役職名
医療機関コード	氏名

傷病名又は部位	(1) 年 月 日 (2) " " " (3) " " "	初診年 月 日	(1) 年 月 日 (2) " " " (3) " " "	転 帰 〔 継 続 の と き 記 入 〕	年 月 日 治ゆ 死亡 中止
---------	-------------------------------------	------------	-------------------------------------	-----------------------------	-------------------

主要症状及び 今後の診療見込	(今後の診療見込に関連する臨床諸検査結果等を記入してください。)
-------------------	----------------------------------

治療見込期間	入院外	か 月 日間	概算医療費	(1)今回診療日 以降1ヶ月間	(2)第2か月目以降 6か月まで	福祉事務所への連絡事項	
	入院	期間		か 月 日間	(入院料 円) (円)		(入院料 円) (円)
		(予定) 年月日		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。

宛先自治体名称1

宛先役職名1

年 月 日

宛先氏名1

敬称1

指定医療機関の所在地及び名称

医療機関所在地

名称

院 (所)

長

院長氏名

担 当 医 師 (診 療 科 名)

※ 嘱 託 医 の 意 見	1.承認 2.不承認 3.本庁協議 期間(月) 1 2 3 4 5 6 (詳細意見)
---------------	--

※発行年月日	年 月 日
※受理年月日	年 月 日

診察料・検査料請求書

※発行取扱者

宛先自治体名称2

宛先役職名2

年 月 日

宛先氏名2

敬称2

指定医療機関の所在地及び名称

医療機関所在地

名称

指定医療機関の長又は開設者氏名

院長氏名

下記のとおり請求します。

この券による 診 察 年 月 日	年 月 日	※受診者氏名	氏名 (年齢 歳)
---------------------	-------	--------	-------------

請求額	診 察 料	初 ・ 再 点	(検査名)
	"	"	
	"	"	
合計	点 円	※社保等負担額	円 差 引 計 円

※担当員 地区担当員名

要否意見書発行番号

二次元コード・バーコード

発行取扱者

様式番号

精神疾患入院要否意見書

文書番号

福祉事務所
受付日

月日

要否意見書発行番号

ケース番号

世帯員番号

※新規入院・継続入院

※受理年月日

年 月 日

地区

単給・併給

生年月日

担当員

地区担当員名

※居住地:居住地

※(フリガナ)患者氏名カナ

※(医療の開始年月日以降の)(患者氏名)患者氏名(性別)(満年齢歳)

に係る医療の要否について意見を求めます。

発行年月日

医療機関コード

医療機関名

敬称1

自治体名称

役職名

氏名

印

※ ※ 患 者 の 職 業

※※発病年月日

年 月 日

現 在 の 入 院 形 態

当院入院年月日
(入院形態)

年 月 日

病名

1 主たる精神障害

2 従たる精神障害

3 身体合併症

※※生活歴及び現病歴

精神科又は神経科受診歴等を含め記載すること。

(陳述者氏名続柄)

初 回 入 院 期 間

年 月 日 ~ 年 月 日

前 回 入 院 期 間

年 月 日 ~ 年 月 日

初 回 から 前 回 までの入院回数

計 回

過去6か月間の病状又は状態像の変化の概要

I 悪化傾向 II 動揺傾向 III 不変 IV 改善傾向
特記事項

過去6か月間の外泊の実績

I 1回 II 2回 III 3回以上 IV なし

現在の外出許可の状況

I 外出禁止
II 院内外出許可(1単独 2他の患者同伴 3看護者、家族等同伴)
III 院外外出許可(1単独 2他の患者同伴 3看護者、家族等同伴)

現在の病状又は状態像

I 抑うつ状態
1抑うつ気分 2内的不穏 3焦燥・激越 4精神運動制止
5罪責感 6自殺念慮 7睡眠障害 8食欲障害又は体重減少
9 その他()
II 躁状態
1高揚気分 2多弁・多動 3行為心迫 4思考奔逸 5易怒性・被刺 激性亢進
6誇大性 7その他()
III 幻覚妄想状態
1幻覚 2妄想 3させられ体験 4思考形式の障害 5奇異な行為
6その他()

現在の病状又は状態像

IV 精神運動興奮状態
1減裂思考 2硬い表情・姿勢 3興奮状態 4その他()
V 昏迷状態
1無言 2無動・無反応 3拒絶・拒食 4その他()
VI 意識障害
1意識混濁 2(夜間)せん妄 3もうろう 4その他()
VII 知能障害
A精神遅滞 1軽度 2中等度 3重度
B認知症 1全体的 2まだら(島状) 3仮性 4その他()
VIII 人格の病的状態
A人格障害 1妄想性 2衝動性 3演技性 4回避性
5その他()
B残遺性人格変化 1欠陥状態 2無関心 3無為 4その他()
IX その他
A性心理的障害 1フェティシズム 2サド・マゾヒズム 3小児愛
4その他()
B薬物依存 1覚醒剤 2有機溶剤 3睡眠薬 4その他()
Cアルコール症
Dその他()

入院外医療が困難な理由

I 医療上の問題 1問題行動()
2病状不安定 3身体的合併症管理 4服薬管理
5その他()
II その他の問題 1家族の受入が困難 2日常生活に指導を要する
3住居確保が困難 4その他()

医 学 的 総 合 判 定

概 算 医 療 費

判 定 見込期間

1 今回診療日以降1カ月間

2 第2カ月日以降6カ月目まで

1 要入院医療.....()

2 要入院外医療.....()

3 医療不要

円

円

上記のとおり診療を(1要する 2要しない)ものと認めます。

宛先自治体名称 宛先役職名

宛先氏名 敬称2 年 月 日

指定医療機関の所在地及び名称 指定医療機関所在地 指定医療機関名称

院(所)長(担当医師)

※福祉事務所嘱託医の意見

1.承認 2.不承認 3.本庁協議
期間(月) 1 2 3 4 5 6
(詳細意見)

※本庁技術吏員の意見

※審議会の判定

※指定医療機関名

※発行取扱者

発行取扱者

(注意)

※印の欄は福祉事務所が記入します。

※※印の欄は欄外に継続入院となっている場合は記入の必要がありません。

この意見書の具体的記入要領及びこの患者が精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の措置入院の要件に該当すると認められた場合の取扱いは裏面によって下さい。

概算医療費については、診療開始後6か月に限り、「概算医療費」欄の「1 今回診療日以降1か月間」にこの意見書による診療日以降1か月間に要する医療費概算額を「2 第2か月日以降6か月目まで」に、1か月を超えて診察を必要と認めるものについて、第2か月日以降6か月目までに要する医療費概算額を記入して下さい。

88 / 159

二次元コード・バーコード

様式番号

福祉事務所
受付日

月 日

ケース番号

世帯員番号

給付要否意見書(給付種類

)

文書番号

※福祉事務所記載欄	※新規・継続		※受理年月日 年 月 日		
	※居住地: 居住地				
	※ (フリガナ) カナ氏名 ※ (医療の開始年月日) 以降の (氏名) 氏名 (生年月日) 生年月日 (年齢) 歳 に係る施術の給付の要否について意見を求めます。				
	※指定施術者名		発行年月日 自治体名称 役職名 印 発行者氏名		
要否意見(施術者記載欄)	傷病名(部位)	初検年月日	転帰(継続の場合)		傷病の程度及び給付を必要とする理由
	(1)	年 月 日	治癒・中止・継続		
	(2)	年 月 日	治癒・中止・継続		
	(3)	年 月 日	治癒・中止・継続		
	(4)	年 月 日	治癒・中止・継続		
	(5)	年 月 日	治癒・中止・継続		
	(6)	年 月 日	治癒・中止・継続		
療養(治癒)見込期間		概算見積額(初検時又は7ヶ月目以降)			
か月又は 日間		1月目 円	2月目 円	3月目 円	
		4月目 円	5月目 円	6月目 円	
往療が必要な場合その理由					
(患者氏名) 氏名 について、上記のとおり給付を(1要する 2要しない)と認めます。 年 月 日 宛先自治体名称 宛先役職名 宛先氏名 敬称 指定施術機関(施術者)の所在地 指定施術機関(施術者)所在地 及び名称 指定施術機関(施術者)名称					
医師同意	同意年月日	年 月 日			
	指定医療機関名				
	所在地				
	医師氏名				
	注意事項等	(施術に当たって注意すべき事項等があれば記載してください)(任意)			
※嘱託医意見	1. 承認 2. 不承認 3. 本庁協議 期間(月) 1 2 3 4 5 6 (詳細意見) 印				

※担当員

地区担当員名

※発行取扱者名

発行取扱者名

(記載注意)

- 1 施術を行う場合は、事前に医師の同意を得ること。
- 2 転帰「(継続の場合)」欄は、6ヶ月を超えて施術を継続する場合に該当するものを○で囲むこと。
- 3 「療養(治癒)見込期間」及び「概算見積額」欄は、初検時(6ヶ月を超えて療養を必要とする場合は7ヶ月目以降)の療養(治癒)見込期間及び概算見積額を記載すること。
- 4 ※印欄は福祉事務所で記入するので、記載しないこと。

二次元コード・バーコード

要否意見書発行番号

様式番号

文書番号

ケース番号

世帯員番号

給付可否意見書(柔道整復)

※福祉事務所記載欄	※新規・継続		※受理年月日 年 月 日	
	※居住地: 居住地			
	※ (フリガナ) カナ氏名 ※ (医療の開始年月日) 以降の (氏名) 氏名 (生年月日) 生年月日 (年齢) 歳 に係る施術の給付の可否について意見を求めます。			
	※指定施術者名		発行年月日 自治体名称 役職名 印 発行者氏名	
要 否 意 見 (柔 道 整 復 師 記 載 欄)	傷病名(部位)	初検年月日	転帰(継続の場合)	傷病の程度及び 給付を必要とする理由
	(1)	年 月 日	治癒・中止・継続	
	(2)	年 月 日	治癒・中止・継続	
	(3)	年 月 日	治癒・中止・継続	
	(4)	年 月 日	治癒・中止・継続	
(5)	年 月 日	治癒・中止・継続		
	(6)	年 月 日	治癒・中止・継続	
	療養(治癒)見込期間		概算見積額(初検時又は4ヶ月目以降)	
	か月又は 日間	1月目 円	2月目 円	3月目 円
	(患者氏名) 氏名 について、上記のとおり給付を(1要する 2要しない)と認めます。 年 月 日 宛先自治体名称 宛先役職名 宛先氏名 敬称 指定施術機関(施術者)の所在地 指定施術機関(施術者)所在地 及び名称 指定施術機関(施術者)名称			
医 師 同 意	(注)脱臼又は骨折(応急手当を除く)の場合のみ同意が必要			
※嘱託医意見	1. 承認 2. 不承認 3. 本庁協議 期間(月) 1 2 3 4 5 6 (詳細意見) 印			

※担当員
地区担当員名※発行取扱者名
発行取扱者名

(記載注意)

- 1 転帰「(継続の場合)」欄は、3か月を超えて施術を継続する場合に該当するものを○で囲むこと。
- 2 「療養(治癒)見込期間」及び「概算見積額」欄は、初検時(3か月を超えて療養を必要とする場合は4か月目以降)の療養(治療)見込期間及び概算見積額を記載すること。
- 3 「医師同意」欄は、施術者が同意を得た指定医療機関名、医師名、所在地及び同意年月日を記載したものでも差し支えないこと。
- 4 ※印欄は福祉事務所で記入するので、記載しないこと。

様式番号

文書番号

給付可否意見書(所要経費概算見積書)

※ 治療材料・移送1						
※ 新規・継続	※受理年月日 年 月 日					
※居住地: 居住地						
福祉事務 所記載欄	※ (フリガナ) カナ氏名 ※ (医療の開始年月日 以降の) (氏名) 氏名 (生年月日) 生年月日 (年齢 歳)に係る 治療材料・移送2 の給付の可否について意見を求めます。					
	発行年月日					
	自治体名称 役職名 印 氏名					
	※取扱業者名					
要否意見 (医師記載欄)	傷 病 名	傷病の程度及び給付を必要とする理由				
	(1)					
	(2)					
	(3)					
	給付内容	治療材料	種類			
			使用見込期間	か月		
		移送	種類・区間			
			治療に必要な通院頻度	1か月に 日		
		移送を要する見込期間	か月			
	(患者氏名) 氏名 について上記のとおり、給付を(1要する 2要しない) と認めます。 宛先自治体名称 宛先役職名 年 月 日 宛先氏名 敬称 指定医療機関の所在地 指定医療機関所在地 院(所)長 指定医療機関名称 院長氏名					
所要経費概算見積 (取扱業者記載欄)	給付方法	種類	品名(商品名)	単価	数量	金額
	購入					
	合計					
	貸与・修理					
	合計					
	(治療材料) 治療材料 について、上記のとおり概算見積します。 年 月 日 宛先自治体名称 宛先役職名 宛先氏名 敬称 取扱業者の所在及び名称 取扱業者所在地 取扱業者名					
	※ 福祉事務所 整理欄	(移送費概算額等を記載)				
	※ 嘱託医 意見	1. 承認 2. 不承認 3. 本庁協議 期間(月) 1 2 3 4 5 6 (詳細意見) 印				

様式番号

文書番号

保護変更申請書(傷病届)

訪問看護・訪問リハビリテーション事業者

※指定医療機関名	指定医療機関名 医療機関コード	※発行年月日	発行年月日
※医療機関所在地	医療機関所在地	※受理年月日	
利用者カナ氏名 利用者氏名	利用者カナ氏名 利用者氏名	居住地 居住地	
世帯主氏名	世帯主氏名	現在受けている扶助	扶助名
病状及び理由			
上記のとおり生活保護法による保護の変更を申請します。 年 月 日			
宛先自治体名称 宛先役職名 宛先氏名 敬称			
申請者 { 住所 住所 氏名 利用者との関係			

訪問看護要否意見書 (新規・継続)

ケース番号 世帯員番号 医療の開始年月日

※利用者氏名	利用者氏名	※生年月日	生年月日
主たる病名		訪問看護開始年月日	年 月 日
病状・治療状態 (改善の見込み等)			
訪問看護見込期間	か月 日	訪問看護見込回数 (1週あたり)	1 1回 4 4回以上 2 2回 5 その他 3 3回 (週当たり 回)
実施が適当と思われる 訪問看護事業者	所在地 名称		
上記のとおり訪問看護を(1 要する 2 要しない)と認めます。 宛先自治体名称 宛先役職名 宛先氏名 敬称 年 月 日			
指定医療機関の所在地及び名称 医療機関所在地2 指定医療機関名2 指定医療機関の長又は開設者氏名 院長氏名			
※福祉事務所 嘱託医意見	1 訪問看護の要否(ア 要する イ 要しない) 2 訪問看護見込期間(か月) 3 訪問看護見込回数(1週当たり 回(週当たり 回)) 4 参考意見 年 月 日 嘱託医 印		

(注意) 1 ※印の欄は福祉事務所で記入します。

地区担当員名

要否意見書発行番号