

## 【 Excel 様式 医療要否意見書の作成方法 】

この意見書は、生活保護法による医療扶助を受けようとするとき又は現に受けている医療扶助の停、廃止を行う場合に必要となる大切な資料ですので、できるだけ詳しく、正確に記入してください。

### ＜作成にあたっての留意点＞

- (1) 必ず茨城県郡部福祉事務所※から交付された医療要否意見書（公印有）に記載された内容をご確認いただき、転記してください。
- (2) 医療要否意見書については、厚生労働省通知（医療扶助運営要領）により様式が定められておりますので、項目を削除・改変することはできません。ただし、記載内容に応じて枠の大きさを適宜拡大・縮小することは可能です。
- (3) 茨城県郡部福祉事務所※以外の福祉事務所が発行する医療要否意見書については、本 Excel 様式を利用できません。発行元の福祉事務所へお問い合わせください。

### ※茨城県郡部福祉事務所

- ・ 県北県民センター（管轄地区：大子町）
- ・ 県央福祉事務所（管轄地区：茨城町、大洗町、城里町、東海村）
- ・ 県南県民センター（管轄地区：美浦村、阿見町、河内町、利根町）
- ・ 県西県民センター（管轄地区：八千代町、五霞町、境町）

### ＜記載方法＞

- ・ **網掛け**は、プルダウンから選択してください。
- ・ **黄色**は、対象者を特定する際に重要な情報ですので、間違えないよう十分に注意して入力してください。
- ・ **緑色**は、発行ごとに異なる可能性がございますので、転記する際はご注意ください。
- ・ **水色**も、記入をお願いいたします。（対象者を特定し、適切な医療扶助の給付を行うための項目です。）

- (1) 福祉事務所から送付された要否意見書に記載の内容を転記してください。

医療要否意見書														
① <input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 継続												② <input type="checkbox"/>		※ 受年 月 理日
ケース番号	員番									適用開始		担当		
医療承認期間	年	月	日	～	年	月	日					地区		
住所									に係る	年	月	日	以降の医療の 要否について意見を求めます。	
氏名									年	月	日			
	年	月	日	生	才									
										院(所)長様	③ 茨城県 <input type="checkbox"/> 長			

### 注意事項

- ①新規・継続の別：該当する方の口をクリックしてチェックを入れてください。
- ②入院・外来の別：プルダウンリストから選択してください。
- ③福祉事務所名：プルダウンリストから選択してください。

(2) 症状や診療状況等を記載してください。

① 傷又は病は名部位	(1)		初診	(1)	年	月	日	② 転帰 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 死亡
	(2)		年月	(2)	年	月	日	
	(3)		日	(3)	年	月	日	
③ 今後の主要な症状及び見込み								④ 福祉事務所への連絡事項 入・退院日 年 月 日
⑥ 見込診療期間	稼働能力(15才～64才 入院外の場合) <input type="checkbox"/> 1.不能 <input type="checkbox"/> 2.軽労働 <input type="checkbox"/> 3.中労働 <input type="checkbox"/> 4.重労働							⑤
	入院外	カ月	日間	概医療費	(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		⑦
⑧ 上記のとおり ( <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外 ) 医療を ( <input type="checkbox"/> 要する <input type="checkbox"/> 要しない ) と認めます。	入院	カ月	日間	概医療費	(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		
	入院	カ月	日間	概医療費	(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		
⑨ 茨城県 長 様	年 月 日							
※ 嘱託医の意見	指定医療機関	所在地及び名称 院(所)長 担当医師(診療科名)						
							(受理年月日)	

## 注意事項

### ①傷病名又は部位

- ・診療が必要となる傷病名、部位を記載してください。
- ・傷病名については、細かい関連する病名は不要です。代表的な病名を記載してください。
- ・診断が確定されていない場合には、いわゆる「疑い病名」(〇〇の疑い)を記載してください。
- ・代表的な病名が複数ある場合には、複数を記載してください。

※4つ以上ある場合は、「福祉事務所への連絡事項」欄に、(4)(5)…と追記してください。

### ②転帰

- ・今後医療の必要性がなくなる場合のみ、その原因を選択してください。
- ・転医の場合には「中止」を選択し、「福祉事務所への連絡事項」欄に「転医」と記載してください。

### ③主要症状及び今後の診療見込み

- ・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。
- ・また、今後の診療見込について記入してください。

※治療継続の要否を確認するため、具体的な病状の記載をお願いします(嘱託医が審査を行います)。

### ④福祉事務所への連絡事項

- ・特に、福祉事務所へ連絡する必要のある場合に記載してください。

### ⑤稼働能力

- ・15歳から64歳の外来の場合のみ、選択してください。

### ⑥診療見込期間

- ・今後、医療が必要な期間の見込みについて記載してください。
- ・1か月未満の場合は日数を、1か月以上の場合は繰り上げた月数を記載してください。

⑦概算医療費

- ・原則として記載不要です。福祉事務所から特段の求めがあった場合に、記載してください。

⑧要否意見

- ・入外区分（入院／入院外）及び医療の要否（要する／要しない）のいずれかをそれぞれ選択してください。

⑨日付

- ・医療の要否を判断した日を記載してください。

（３）記入が終わりましたら、改めて記載漏れや誤りがないかご確認の上、ご提出ください。

提出方法については、別添「医療要否意見書 オンライン提出マニュアル」をご参照ください。

- ・必須項目に記載漏れがある場合：様式上部に以下のメッセージが表示されます。

チェック結果：記載不備があります。再度ご確認ください。

- ・提出可能な状態：以下のメッセージが表示されましたら、提出可能です。

チェック結果：○

【注意】本機能は「記載漏れの有無」を確認するものであり、「記載内容の誤り」をチェックする機能はございません。チェック結果が「○」となっても、記載内容に誤りがないか、今一度ご確認をお願いいたします。