

(表 面)
医 療 要 否 意 見 書

※ 1 医科 2 歯科	※ 1 新規 2 継続(単・併)	※受 理 年 月 日	年 月 日
(氏名) (歳)			
に係る医療の要否について意見を求めます。			
令和 年 月 日			
院 (所) 長 殿		福祉事務所長 ⑩	

傷病名又は 部 位	(1)	初 診 年月日	(1)	年 月 日	転 帰 〔 継続の とき記 入 〕	年 月 日			
	(2)		(2)	〃 〃 〃		治	死	中	
	(3)		(3)	〃 〃 〃		ゆ	亡	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下さい。)							
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 か月間	(2) 第 2 か月 目以降 6 か 月日まで	福 祉 事 務 所 へ の 連 絡 事 項			
	入 院	期 間 (予定) 年月日		か月 日間 年 月 日	円 (入院料 円)		円 (入院料 円)		
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。									
福祉事務所長 殿 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) ⑩									
※ 嘱託医 の意見									

----- (切 取 線) -----

※発行年月日	年 月 日	診察料・検査料請求書				※発行取扱者
※受理年月日	年 月 日	令和 年 月 日				
福祉事務所長 殿		指定医療機関の所在地及び名称 指定医療機関の長又は開設者氏名 ⑩				
下記のとおり請求します。						
この券による診療年月日		年 月 日	※受診者氏名		(歳)	
請 求 額	診 察 料	初・再	点	(検査名)		
	〃		〃			
	〃		〃			
合 計		点 円	※ 社保等負担額	円	差引額	円 ⑩

(裏 面)

(注意)

1. この意見書を提示した患者で(1 新規)のものは新規に生活保護法による保護を申請している世帯の者ですから診察料等を患者から徴収して下さい。
(2 継続)のものは生活保護法による保護を受けている世帯の者ですから診察料等を患者から徴収しないで下さい。
なお、患者に後日医療券が交付された場合には、その医療券に基づき支払基金等あて請求して下さい。
また、この場合、診察料等の徴収額が、その医療券に記載されている「本人支払額」欄の金額を超過している場合には、その超過額を患者に返して下さい。
2. 「主要症状及び今後の診療見込」欄において臨床諸検査等の記入を福祉事務所からお願いしたときは、直近の臨床諸検査結果等を記入して下さい。
3. 患者が診察(初診、再診、往診)又は検査だけを受けた場合には医療券が交付されませんので、この請求書によって直接福祉事務所に請求して下さい。ただし、新規申請の場合は保護の決定を受けたものに限りません。

(記入要領)

1. 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、廃止を行なう場合に必要となる大切な資料でありますので、できるだけ詳しく、かつ、正確に記入して下さい。ただし、精神病の傷病による入院医療については別に定める様式により記入していただくことになっております。
2. 診断が確定せず、傷病名に疑義がある場合には「傷病名又は部位」欄には〇〇の疑いと記入して下さい。
3. 「初診年月日」欄には、費用負担関係の如何にかかわらず、その傷病についての初診年月日を記入して下さい。
4. 「概算医療費」欄の「(1) 今回診療日以降 1 か月間」には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 か月目以降 6 か月目まで」には、1 か月を超えて診療を必要とするものについて、第 2 か月目以降 6 か月目までに要する医療費概算額を記入し、() 内に入院料を再掲して下さい。
なお、2 継続で㊟の場合は記入する必要はありません。
5. この意見書を提出した患者が急性期医療の定額払い方式の対象患者(以下「対象患者」という。)となる場合は、次のように記入して下さい。
 - (1) 「医療券要否意見書」の次に「(医科入院定額支払用)」と記入して下さい。
 - (2) 既に対象患者として入院している患者から、この意見書が提出された場合、「診療見込期間」欄の「入院期間」には総入院期間を記入し、その下に「残り期間 か月 日間」と記入して下さい。
 - (3) 「概算医療費」欄の「(1) 今回診療日以降 1 か月間」には入院時請求額を、「(2) 第 2 か月目以降 6 か月目まで」には概算医療費の総額を記入して下さい。
- 6 ※印欄は福祉事務所で記入します。

(表 面)
精 神 疾 患 入 院 要 否 意 見 書

		※1 新規		(1) 現在入院中 (2) その他	2 継続入院	※受理年月日	年 月 日	※指定医療機関名		
※患者氏名 (男・女)	※生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日生						※発行取扱者	
		(満 歳)								
※居住地		都道 府県	郡市 区	町村 区						
※※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		現在の病状 又は状態像					
※※ 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)			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 行為心拍 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 () 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 ()						
初回入院期間										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)			医 学 的 総 合 判 定		概 算 医 療 費		※印		
				判 定	見込期間	1 今回診療日以降 1か月間	2 第2か月日以降 6か月目まで			
				1 要入院治療…………… ()		円	円			
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	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。 福祉事務所長 殿 令和 年 月 日					
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)			指定医療機関の所在地及び名称 院 (所) 長 (担当医師) ⑩				※		
				※ 福祉事務所嘱託医の意見						
				※ 本庁医系職員の意見						
				※ 審議会の判定						

(注意) 1 ※印の欄は福祉事務所が記入します。
 2 ※※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。
 3 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。
 4 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か月を超えて診療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。

(意見書記入要領)

- 1 「患者の職業」欄は、できるだけ、発病前の職業を記載すること。
- 2 「生活歴及び現病歴」欄は、性格、特徴等を記載し、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。
また、継続入院の場合であっても、新たに判明した事実がある場合には記載すること。
- 3 「初回及び前回入院期間」欄は、他病院での入院歴をも聴取して記載し、入院歴がない場合は記載を要しないこと。
- 4 「現在の病状又は状態像」欄は、一般にこの書類作成までの過去数か月間に認められた病像または状態像を示すものとし、主として最近のそれに重点を置いて、該当する全てのローマ数字、算用数字及びローマ字を○で囲むこと。

(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連絡)

新たに入院しようとする患者（社会保険又は自費等で入院していた者が引き続き生活保護法により入院しようとする場合を含む。）で、この意見書を提示したもの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病状であると認められるときは、直ちにその旨を福祉事務所に連絡してください。

また、既に生活保護法により、入院している患者であっても、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病状であると認められるに至ったときは、直ちにその旨福祉事務所に連絡してください。

(注) 上記の患者については福祉事務所長が都道府県知事又は指定都市市長に対して精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 23 条の申請を行いますが、その結果については福祉事務所からも必要な事項をお知らせいたします。

様式第 17 号

保護変更申請書（傷病届）

	※指定医療機関名		※発行年月日	
			※受理年月日	
利用者氏名		居 住 地		
世帯主氏名		現在受けている扶助	生・住・教・医・その他	
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。				
福祉事務所長 殿			年	月 日
		住 所		
		申請者 氏 名	ⓑ	
		利用者との関係		

訪問看護要否意見書（新規・継続）

※利用者氏名		※生年月日	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	訪問看護見込回数 (1週当たり)	1 1回 2 2回 3 3回	4 4回以上 5 その他 (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。					
福祉事務所長 殿		年		月 日	
		指定医療機関の所在地及び名称			
		指定医療機関の長又は開設者氏名		ⓑ	
※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 ⓑ

- (注意) 1 ※印の欄は福祉事務所で記入します。
2 「訪問看護」の部分は、不要なものを――で消してください。

様式第 18 号の 1

給付要否意見書（所要経費概算見積書）

1 治療材料 2 移送

※福祉事務所記載欄	※ 1 新規 2 継続		※受理年月日 年 月 日				
	※（ 年 月 日以降の）（氏名）（ 歳）に係る 1 治療材料 2 移送の給付の要否について意見を求めます。 令和 年 月 日 福祉事務所長 印						
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） _____ 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。 令和 年 月 日 福祉事務所長 殿 指定医療機関の所在地及び名称 院（所）長 印							
所要経費概算見積（取扱業者記載欄）	治療材料	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） _____ について上記のとおり概算見積します。 福祉事務所長 殿 令和 年 月 日 取扱業者の所在地及び名称 印							
※福祉事務所整理欄	(移送費概算額等を記載)						
※嘱託医意見							

※取扱業者名

※発行取扱者

印

（記載注意） ※印欄は福祉事務所で記入するので、記載しないこと。

給付要否意見書（柔道整復）

※福祉事務所記載欄	※ 1 新規	2 継続	※受理年月日	年	月	日	※指定施術者名
	※（ 年 月 日以降の）（氏名）（ 歳）に係る施術の給付の要否について意見を求めます。 令和 年 月 日 福祉事務所長 印						
要否意見	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					
見（柔道整復師記載欄）	療養（治癒）見込期間		概算見積額（初検時又は4か月目以降）				
	か月又は 日間	1 月目	円	2 月目	円	3 月目	円
	（患者氏名） _____ 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。 令和 年 月 日 福祉事務所長 殿 指定施術機関の所在地及び名称 院（所）長 印						
	※発行取扱者						
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	印						

（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。

給付要否意見書（あん摩・マッサージ、はり・きゅう）

※福祉事務所記載欄	※ 1 新規	2 継続	※受理年月日			年	月	日
	※（ 年 月 日以降の）（氏名）（ 歳）に係る施術の給付の要否について意見を求めます。 令和 年 月 日 福祉事務所長 印							
要 否 意 見 （ 施 術 者 記 載 欄）	傷病名（部位）	初療年月日	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か月目以降）						
	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） _____ 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。 令和 年 月 日 福祉事務所長 殿 指定施術機関（施術者）の所在地及び名称 印								
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								

※指定施術者名

※発行取扱者名

印

(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 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。
- 3 「療養(治癒)見込期間」及び「概算見積額」欄は、初検時(6 か月を超えて療養を必要とする場合は7 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。
- 4 ※印欄は福祉事務所で記入するので、記載しないこと。

生活保護法施行規則第11条の規定による医療機関等指定申請に対する意見書

1 医療機関等の内容

名 称

所 在 地

管 理 者

開 設 者

業務の種類

2 申請医療機関について

3 医療扶助に対する理解

4 希望指定年月日

令和 年 月 日

福祉事務所長名

生活保護法施行規則第11条の規定による医療機関等指定申請に対する意見書

1 医療機関等の内容

名 称 医療法人社団 北海道病院
所 在 地 札幌市中央区北3条西6丁目
管 理 者 北海道 花子
開 設 者 医療法人社団 北海道病院
業務の種類 内科、小児科

2 申請医療機関について

関係法令に従って開設され、医療法の規定による基準を充たしている医療機関であり、適正に医療が提供されると判断されるとともに、管内の指定医療機関の状況からみて、当該医療機関は被保護者の医療に大きな効果が期待されることから、指定の必要を認めるものである。

3 医療扶助に対する理解

道が実施する講習会の受講、法令、告示、通達に定める医療扶助に基づく医療等について理解を有していると認められるとともに、指定医療機関としての地位を理解し、その責務を果たすことができる。

4 希望指定年月日

令和〇〇年〇〇月〇〇日

令和 年 月 日

福祉事務所長名

生活保護法施行規則第11条の規定による施術機関等指定申請に対する意見書

1 施術機関等の内容

名 称

所 在 地

施 術 者

業務の種類

2 所属団体

3 申請施術機関等について

4 医療扶助に対する理解

5 希望指定年月日

令和 年 月 日

福祉事務所長名

生活保護法施行規則第11条の規定による施術機関等指定申請に対する意見書

1 施術機関等の内容

名 称 赤れんが治療院
所 在 地 札幌市中央区北3条西6丁目
施 術 者 北海 次郎
業務の種類 あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師

2 所属団体 無所属

3 申請施術機関等について

関係法令に従って開設された施術機関であり、適正に施術を担当することができるかと判断されるとともに、管内の施術機関の状況からみて、当該施術機関は被保護者の医療需要を充たすものであると期待されることから、指定の必要を認めるものである。

4 医療扶助に対する理解

道が実施する講習会の受講、法令、告示、通達に定める医療扶助に基づく施術について理解を有していると認められるとともに、指定施術機関としての地位を理解し、その責務を果たすことができる。

5 希望指定年月日

令和〇〇年〇〇月〇〇日

令和 年 月 日

福祉事務所長名