

## 医療要否意見書の入力方法について

傷病名又は部位	(1) ①	初診年月日	(1) ②年 ③月 ④日	転 帰	年 月 日		
	(2)		(2) 年 月 日		治	死	中
	(3)		(3) 年 月 日		ゆ	亡	止
	(4)		(4) 年 月 日				
	(5)		(5) 年 月 日				
主要症状及び今後の診療見込	⑤						
診療見込期間	入院外 ⑥か月 日間		概算医療費	(1) 今回診療日以降1か月間	(2) 第2か月以降6か月目まで	福祉事務所への連絡事項	
	入院	期間 月 日		月 日	(入院料 円)	(入院料 円)	入院 年 月 日
上記のとおり 入院外 医療を ⑦ と認めます。 酒田市福祉事務所長 様 <span style="float: right;">令和 ⑧年 ⑨月 ⑩日</span>  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>指定医療機関の所在地及び名称</span> <span style="background-color: yellow;">⑪</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>院(所)長</span> <span style="background-color: yellow;">⑫</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>担当医師(診療科名)</span> <span style="background-color: yellow;">⑬</span> 印             </div>							

- 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ください。
- 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。酒田市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ください。
- 必須項目は以下の通りです。
  - ① 傷病名 ※複数ある場合は下に続けて入力
  - ② ~ ④ 初診年月日 ※複数ある場合は下に続けて入力
  - ⑤ 主要症状及び今後の診療見込
  - ⑥ 入院外（入院）診療見込期間
  - ⑦ 医療の要否 ※プルダウンより「要する」又は「要しない」を選択
  - ⑧ ~ ⑩ 提出年月日
  - ⑪ 指定医療機関の所在地及び名称
  - ⑫ 院（所）長名
  - ⑬ 担当医師名（診療科名）
- 作成した医療要否意見書は、プリントアウトし、担当医師の印鑑を押印の上、酒田市から郵送された医療要否意見書と一緒に返送してください。