

# 医療要否意見書

(別紙)  
入院

入力	
----	--

1 **新規** 2 継続

ケース番号	員番	後保	併給	適用開始	担当
医療承認期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					地区

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

生 才 \_\_\_\_\_

院 (所) 長様 \_\_\_\_\_

宇都宮市社会福祉事務所長

に係る 令和 年 月 日以降の医療の要否について意見を求めます。

傷病名 又は部位	(1)	初 年月日	(1) 年 月 日	転 帰	年 月 日	
	(2)		(2) 年 月 日		治 癒	中 止
	(3)		(3) 年 月 日		死 亡	

今後の診療見込み  
主要症状及び

稼働能力 (15才~64才 入院外の場合) 1. 不能 2. 軽労働 3. 中労働 4. 重労働

見込期間 診療	入院外	か月 日間	福祉事務所への連絡事項
	入院	期間	入・退院日 年 月 日
	(予定)年月日	年 月 日	

上記のとおり ( 1. 入院 2. 入院外 ) の医療を ( 1. 要する 2. 要しない ) と認めます。

宇都宮市社会福祉事務所長 様 \_\_\_\_\_ 令和 年 月 日

指定 所在地 及び 名称 \_\_\_\_\_

医療 院 ( 所 ) 長 \_\_\_\_\_ (印)

機関 担当医師 (診療科名) \_\_\_\_\_

※ 嘱託医の意見	要	外 1・2・3・4・5・6	否 (印)
	(印) 入	1・2・3・4・5・6	

記入要領 ※印の欄は福祉事務所が記入します。

# 医療要否意見書

1 新規      2 **継続**

(別紙)  
外来

入力	
----	--

ケース番号	員番	後保	併給	適用開始	担当
医療承認期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					地区

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

生 才 \_\_\_\_\_

院 (所) 長様 \_\_\_\_\_

宇都宮市社会福祉事務所長

に係る 令和 年 月 日以降の医療の  
要否について意見を求めます。

令和 年 月 日

傷病名 又は部位	(1)	初 年 月 日 診	(1)	年 月 日	転 帰	年 月 日
	(2)		(2)	年 月 日		
	(3)		(3)	年 月 日		治癒 中止 死亡

今後の診療見込み  
主要症状及び

稼働能力 (15才~64才 入院外の場合)    1. 不能    2. 軽労働    3. 中労働    4. 重労働

見込期間 診療	入院外	か月 日間	福祉事務所への連絡事項
	入院	期間	入・退院日 年 月 日
		(予定) 年月日	年 月 日

上記のとおり ( 1. 入院 2. 入院外 ) の医療を ( 1. 要する 2. 要しない ) と認めます。

宇都宮市社会福祉事務所長 様 \_\_\_\_\_ 令和 年 月 日

指定 所在地 及び 名称 \_\_\_\_\_

医療 院 (所) 長 \_\_\_\_\_ (印)

機関 担当医師 (診療科名) \_\_\_\_\_

※ 嘱託医 の意見	外	1・2・3・4・5・6	否 (印)
	要 (印)	入 1・2・3・4・5・6	

記入要領 ※印の欄は福祉事務所が記入します。