

# 〈意見書様式見本〉

## 医療要否意見書

1 新規 2 継続

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

・診療が必要となる傷病名、部位を記載。診断が確定されていない場合は所謂疑い病名でも可。  
・傷病名は、細かい関連する病名は不要。代表的な病名を記載。代表的な病名が複数ある場合は、複数に記載。

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。

氏名

院(所)長様

・原則記載不要。福祉事務所から特段の求めがあった場合に限って記載。  
※福祉事務所が求めを行う場合は、電話連絡または書面連絡で行う。

① 傷病名  
又は部位

- (1) 陳旧性脳梗塞  
(2) 糖尿病  
(3) 感染性胃腸炎

② 初診  
年月日

- (1) 年 月 日  
(2) 年 月 日  
(3) 年 月 日

③ 転帰

年月日  
治癒 中止 死亡

④ 今後の診療見込み  
主要症状及び

- (1) 左半身不全麻痺, CT上, 右内包後脚に低吸収域。  
抗血小板剤の内服。高血圧, 糖尿病の危険因子の厳重管理を行う。  
(2) HbA1c 6.1 合併症なし。食事・運動療法で経過観察中。  
(3) 頻回の嘔吐, 下痢。制吐剤・整腸剤の投与, 点滴による脱水の補正。

今後医療の必要性がなくなる場合に記載。

・今後の診療見込に関連する臨床諸検査結果等を記入。必要に応じて検査結果等を添付することも可。また、今後の診療見込について記入。

今後、医療が必要な期間の見込みについて、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(最長6か月)。

該当する年齢の方は記入。  
※福祉事務所で稼働能力を判断するために重要な部分。

⑥ 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

⑤ 診療見込期間

入院外	か月 日間
入院	期間 か月 日間
(予定)年月日	年 月 日

⑦ 福祉事務所への連絡事項

入・退院日 年 月 日

特に、福祉事務所へ連絡する必要がある場合に記載。

内服厳守, 定期受診の指導を行っているが, 本人の理解が十分でない部分(薬が残る, 予約通りに受診がない)がある。

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

⑧ 令和 年 月 日

指定医療機関の所在地、名称、院(所)長および担当医師を記載。

指定 所在地 及び 名称 宇都宮市○○○ ○○病院  
医療 院(所)長 ○○ ○○  
機関 担当医師(診療科名) ○○ ○○

※ 嘱託医の意見

外 1・2・3・4・5・6  
要 印 入 1・2・3・4・5・6 否 印

要否選択と医療の要否を判断した日を記載。

記入要領 ※印の欄は福祉事務所が記入します。

# 精神疾患入院要否意見書

入力

① 新規 2 継続

ケースNO	員番	後保	適用開始	担当	地区
※患者氏名		※患者住所		社会保険	他法
※指定医療機関名		※患者の職業		※発病 年 月 日	
上記にかかる年 について意見を求めます 平成 年 月 日		生活歴および現病歴を必ず 記載。 生活歴および現病歴を別紙に記載し、 添付することも可。		現在の入院形態	
宇都宮市社会福祉事務所		当院入院年月日 年 月 日		(入院形態) ( )	
病名	1. 主な精神障害	2. 合併精神障害	3. 合併身体障害		
※生活歴および現病歴(精神科または神経科受診歴等を含め記入して下さい)			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ヶ月間の 外泊の実績	I 1回 II 2回 III 3回以上 IV なし	
			過去6ヶ月間の 病状または状態 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 ( )	
			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)	
(陳述者氏名 続柄 )					
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 ( )			
	IV 精神運動興奮状態	1. 減烈思考 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. 小児愛 4. その他 ( ) B. 薬物依存 1. 覚醒剤 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. 症状不安定 3. 身体的合併症管理 4. 服薬管理 5. その他 ( )		医学的 総合判定	判定 1. 要入院医療 見込期間 ( ) 2. 要入院外医療 ( ) 3. 医療不要
	II 医療上の問題	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 ( )		概算 医療費	今回診療日以降1ヶ月間 ( 円) 2ヶ月目以降6ヶ月目まで ( 円)
上記のとおり診察を ( 要する ) ・ ( 要しない ) ものと認めます。 令和 年 月 日			※福祉事務 要否選択と医療の要否を判断した日を記載。		
宇都宮市社会福祉事務所長 様			指定医療機関の所在地、名称、院(所)長および担当医師を記載。		
所在地 宇都宮市〇〇〇 名称 〇〇病院 指定医療機関 院(所)長 〇〇 〇〇 担当医師 〇〇 〇〇 (印)			医療扶助審議会の判定		

記入要領 ※印の欄は福祉事務所が記入します。 ※※印の欄は継続入院の場合、生活歴は記入の必要がありません。