

医療要否意見書の入力方法について

傷病名又は部位	①	初診年月日	(1) ②年 ③月 ④日	転 帰	年 月 日	治 ゆ	死 亡	中 止
	(2)		(2) 年 月 日		年 月 日			
	(3)		(3) 年 月 日		年 月 日			
	(4)		(4) 年 月 日		年 月 日			
	(5)		(5) 年 月 日		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	か月	日間		円	円	
	年月日 (予定含)	年	月	日	円	円		
<p>上記のとおり入院外医療を ⑦ と認めます。</p> <p>酒田市福祉事務所長 様 平成 ⑧年 ⑨月 ⑩日</p> <p style="text-align: right;">指定医療機関の所在地及び名称 ⑪</p> <p style="text-align: right;">院(所)長 ⑫</p> <p style="text-align: right;">担当医師(診療科名) ⑬ 印</p>								

- ・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。
- ・必須項目は以下のとおりです。
 - 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。