

生活保護手帳

2012年度版

中央法規

医療要否意見書

生活保護受給中の患者が医療機関にて医療を受けるにあたり、生活保護の実施機関である福祉事務所が、その患者の病状の把握を主な目的として、**主治医**に意見を求めるための書類。医療機関はこの書類に**主治医**が病状に対する意見を記載し、福祉事務所へ送付する。

医療要否意見書が福祉事務所へ到着して、**囑託医**が**医療の必要性を認めた段階**で、医療券が発行され、医療機関へ送付される。医療機関ではこの医療券に基づいて、医療費を福祉事務所へ請求する。

ひとつの医療機関につき1枚必要で、外来では6ヶ月ごと、入院では1回の入院ごとに1枚必要である。入院が6ヶ月を超えた場合にはそのつど必要となる。

医療要否意見書の記載について

生活保護法では、第 50 条第 1 項の規定により、[指定医療機関医療担当規程](#)が定められており、その第 6 条において「指定医療機関は、[その診療中の患者及び保護の実施機関から](#)生活保護法による保護につき、必要な証明書又は意見書等の交付を求められたときは、無償でこれを交付しなければならない」と規定されています。

上記規程に基づき、指定医療機関に対して医療要否意見書等の記載が求められることになっていますが、ご承知のとおり、[医療要否意見書](#)は、[医療扶助の決定](#)に際し重要な判断材料となります。具体的には、[主治医](#)の記載した医療要否意見書をもとに、地区医師会を通じて本会より推薦した[福祉事務所嘱託医](#)が[認定審査](#)を行います[が、記載が不十分な場合は嘱託医が判断できず](#)、福祉事務所より[主治医](#)への照会あるいは医療要否意見書自体の再提出を求められ、かえって[主治医](#)にとって煩雑になることも予想されます。またこの間、被保護者(患者)の受診が遅れることにもなりかねません。

したがって、[医療要否意見書](#)の記載にあたりましては、[傷病名・主要症状](#)は当然のこと、[具体的な傷病の経過や現在の症状、今後の見通し等](#)を明記する必要があり、また[嘱託医](#)の判断が困難と思われる場合は、[検査データや治療方針等](#)、[医学的見地からの所見も必要\(従前からの継続患者分も同様\)](#)となりますので、充分ご注意ください(次頁記入例参照)。

また、医療機関からの医療要否意見書の返送が遅れますと、医療券発券前の受診につながることもありますので、返送期日の遵守にご協力ください。

なお、日本全国の地方・地域につきましても、医療要否意見書の様式は若干異なりますが、ご記載いただく内容は同様ですのでご活用ください。

医療要否意見書

H17.12作成

医療要否意見書記入例

太枠の部分のみ記入し、
速やかに返送してください。
※印欄は福祉事務所で記入します。

傷病名等
現在治療中又は経過観察中の傷病名のみをご記入ください(例参照)。

主要症状及び今後の診療見込
福祉事務所嘱託医が医療の要否を判断するために、非常に重要な部分です。
検査データや機能評価、服薬内容、受診状況、経過、今後の治療方針などをあげて、わかりやすく具体的に記入してください(例参照)。

<記載が不十分な例>
「上記疾患に対し、通院加療中。」
「投薬加療中。経過良好。」
「症状一進一退。今後も通院加療を要す。」
「×年×日、脳幹部出血発症。四肢麻痺あり。」等。

診療見込期間
長期にわたる傷病で期間の見込が立てられない場合は6箇月を限度として記入してください。(非指定医療機関は3箇月)

ケース番号 12345678	※ ① 医科 ② 歯科 ① 新規 ② 継続	※ (併給)	受理年月日
○○区○○学区 ○○町 (氏名) ○○ ○○ (男) ・ 女 に係る (生年月日) 昭和○年○月○日生		平成○年○月○日 以降の医療の要否について意見を求めます。 平成○年○月○日	
○○病院 院(所)長様		○○ 福祉事務所長	
傷病名又は部位	(1) 胃炎、高血圧症、高脂血症 (2) 両膝関節炎 (3) 甲状腺機能低下症 (4) 大腸がん術後、狭心症 (5)	初診年月日 (1) 10年 03月 04日 (2) 14年 01月 10日 (3) 16年 01月 22日 (4) 17年 04月 25日 (5) 年 月 日	転帰 治癒 死亡 中止
主要症状及び今後の診療見込	(例) 最近六ヶ月の血圧はノルバスク服用により108~145/69~90と安定している。9.45μU/mlと高かったTSHがチラージンSの投与により1.25μU/mlと低下し正常値を示している。一方正常化していたBUNが32.0mg/dlと上昇しており食事指導を行い経過観察中である。本年4月に見つかった大腸癌をA病院にて経内視鏡的に切除し経過は順調である。両膝関節痛には従来通り湿布を投与して痛みの軽減を図っているところである。今後も加療が必要である。		
診療見込期間 6 月 日	入院外 入院	概算医療費 (入院料 円)	増への連絡事項
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。 (あて先) ○○ 福祉事務所長			
※ 嘱託医の意見 入院外 入院 月		嘱託医 左記のとおり医療券を発行してほしい。	
		指定医療機関の所在地及び名称 所在地及び名称 ○○市○○区○○町○番地 院(所)長 ○○ ○○ 担当医師(診療科名) 内科 印	
発行年月日		診療料・検査料請求書	
受理年月日		交付番号	
(あて先)			
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 下記のとおりに請求します。			
この券による診療年月日	年 月 日	※ 受診者氏名 (才)	
診療科	初・再	点 (検査名)	
請求額	合計	点 円	※ 社保等負担額 円
審査	課長 係長 医療担当者	金額入力 嘱託医	地区担当員 取扱担当者
		ケース番号	

概算医療費
新規の場合のみご記入ください。
継続の場合は不要です。
「(2)第2カ月目以降6カ月目まで」欄については、第2カ月目以降も医療が必要な場合に、6カ月目までの間に要する医療費概算額の合計金額を記入してください。
()内には各々入院料を再掲してください。

医療の要否
それぞれ1又は2を○で囲んでください。

所在地及び名称等
所在地、名称等はゴム印で結構です。押印及び日付の記入は必ずお願いします。

転帰した場合は、福祉事務所に返送してください。