

様式第13号

医療要否意見書

※1 医科 2 歯科	※1 新規 2 継続 (単・併)	※ 受 理 年 月 日	年 月 日
(氏 名) (歳)に係る医療の要否について意見を求めます。			
_____			令和 年 月 日
院 (所) 長 殿			福祉事務所長 ㊟

傷 病 名 又 は 部 位	(1)	(1) 年 月 日	初 診 年月日	(1) 年 月 日	転 帰 (継続のとき記入)	年 月 日			
	(2)	(2) 年 月 日		(2) 年 月 日		治	死	中	
	(3)	(3) 年 月 日		(3) 年 月 日		ゆ	亡	止	
主 要 症 状 及 び 今 後 の 診 療 見 込	(今後の診療見込に関連する臨床検査結果等を記入して下さい。)								
治 療 見 込 期 間	入院外	か月 日間	概 算 医 療 費	(1)今回診療日以降 1か月間	(2)第2か月日以降 6か月目まで	福 祉 事 務 所 へ の 連 絡 事 項			
	入 院	か月 日間		円	円				
	(予定) 年月日	年 月 日		(入院科 円)	(入院科 円)				
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。									
福祉事務所長 殿						令和 年 月 日			
指定医療機関の所在地及び名称 院 (所) 長 担 当 医 師 (診療科名)									
※ 嘱 託 医 の 意 見									

.....(切・取・線).....

※発行年月日	年 月 日	診察料・検査料請求書 令和 年 月 日							
※受理年月日	年 月 日								
福祉事務所長 殿		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 診察年月日	年 月 日	※受診者氏名 (歳)							
請 求 額	診 察 料	初・再	点	(検査名)					
	"	"	"						
	"	"	"						
合 計		点 円	※社保等負担額	円	差 引 計	円			

※発行取扱者

㊟

様式第13号（裏面）

（注 意）

1 この意見書を提示した患者で、（1 新規）のものは新規に生活保護法による保護を申請している世帯の者ですから診察料等を患者から徴収して下さい。

（2 継続）のものは生活保護法による保護を受けている世帯の者ですから診察料等を患者から徴収しないで下さい。

なお、患者に後日医療券が交付された場合には、その医療券に基づき支払基金等あて請求して下さい。

また、この場合、診察料等の徴収額が、その医療券に記載されている「本人支払額」欄の金額を超過している場合には、その超過額を患者に返して下さい。

2 「主要症状及び今後の診療見込」欄において臨床諸検査等の記入を福祉事務所からお願いしたときは、直近の臨床諸検査等を記入して下さい。

3 患者が診察（初診、再診、往診）又は検査だけを受けた場合には医療券が交付されませんので、この請求書によって直接福祉事務所長に請求して下さい。ただし、新規申請の場合は保護の決定を受けたものに限りません。

（記入要領）

1 この意見書は、生活保護法による医療扶助を受けようとするとき又は現に受けている医療扶助の停、廃止を行なう場合に必要となる大切な資料でありますので、できるだけ詳しく、かつ、正確に記入して下さい。ただし、精神病の傷病による入院医療については別に定める様式により記入していただくことになっております。

2 診断が確定せず、傷病名に疑義がある場合には「傷病名又は部位」欄には〇〇の疑いと記入して下さい。

3 「初診年月日」欄には、費用負担関係の如何にかかわらず、その傷病についての初診年月日を記入して下さい。

4 「概算医療費」欄の「(1)今回診療日以降1か月間」にはこの意見書による診療日以降1か月間に要する医療費概算額を、「(2)第2か月目以降6か月目まで」には、1か月を超えて診療を必要とするものについて、第2か月目以降6か月目までに要する医療費概算額を記入し、() 内に入院料を再掲して下さい。

なお、2 継続で併用（併）の場合は記入する必要はありません。

5 この意見書を提出した患者が急性期医療の定額払い方式の対象患者（以下「対象患者」という。）となる場合は、次のように記入して下さい。

(1) 「医療要否意見書」の次に「（医科入院定額支払用）」と記入して下さい。

(2) 既に対象患者として入院している患者から、この意見書が提出された場合、「診療見込期間」欄の「入院期間」には総入院期間を記入し、その下に「残り期間 か月 日間」と記入して下さい。

(3) 「概算医療費」欄の「(1)今回診療日以降1か月間」には入院時請求額を、「(2)第2か月目以降6か月目まで」には概算医療費の総額を記入して下さい。

6 ※印欄は福祉事務所で記入します。

1.新規〔(1)現在入院中(2)その他〕

2.継続入院(表面)

※ 受理年月日

年 月 日

現在の外出許可の状況	i 外出禁止	過去6ヵ月間の外泊実施	
	ii 院内外出許可(1単独 2他の患者同伴 3看護師、家族同伴) iii 院外外出許可(1単独 2他の患者同伴 3看護師、家族同伴)	I 1回 II 2回	III 3回以上 IV なし
現在の病状又は状態像	1 現在の状態像 (次の内から該当する項目を○で囲んで下さい。)		2 左記の状態について、その程度・症状を具体的に記載して下さい。
	(1)抑うつ状態 1 思考・運動抑制 2 刺激性、興奮 3 憂うつ気分 4 その他 ()		3 身体所見
	(2)そう状態 1 行為心迫 2 多弁 3 感情高揚・刺激性 4 その他 ()		
	(3)幻覚妄想状態 1 幻覚 2 妄想 3 その他 ()		4 生活能力の状態(保護的状况でなく、例えばアパート等単身生活を行った場合を想定して下さい。)
(4)精神運動興奮及び昏迷の状態 1 興奮 2 昏迷 3 拒絶 4 その他 ()			
(5)意識障害 1 せん妄 2 錯乱 3 もうろう 4 てんかん発作 5 不機嫌症 6 その他 ()			
(6)知能障害(精神遅滞・認知症) 1 重度 2 中等度 3 軽度			
(7)統合失調症等残遺状態 1 自閉 2 感情鈍麻 3 意欲の減退 4 その他 ()			
(8)乱用、依存等(薬物名) 1 乱用 2 依存 3 離脱状態			
(9)その他 ()			
入院外医療が困難な理由	医療上の問題 1 問題行動 () 2 病状不安定 3 身体的合併症管理 4 服薬管理 5 その他 ()		
	その他の問題 1 家族の受け入れが困難 2 日常生活に指導を要する 3 居住確保が困難 4 その他 ()		
医学的総合判定	1 要入院医療 (見込期間 月)	概算医療費(今後1ヵ月) 円	
	2 要入院外医療 (見込期間 月) 3 医療不要		
上記のとおり入院を (1 要する、2 要しない) ものと認めます。			
福祉事務所長 殿		令和 年 月 日	
指定医療機関の所在地及び名称 院 (所) 長 (担当医師)			
福祉事務所の処遇方針	※ 退院時引取の可否	生活歴等	

※ 指定医療機関名

※ 発行取扱者

㊞

様式第17号

保護変更申請書（傷病届）

	※指定医療機関名		※発行年月日	
			※受理年月日	
利用者氏名		居住地		
世帯主氏名		現在受けている扶助	生・住・教・医・その他	
病状及び理由				
上記のとおり生活保護法による保護の変更を申請します。 年 月 日 福祉事務長 殿 申請者 住所 氏名 利用者との関係				

訪問看護 要否意見書（新規・継続）

※利用者氏名		※生年月日	年 月 日
主たる病名		訪問看護開始年月日	年 月 日
病状・治療状態 (改善の見込み等)			
訪問看護見込期間	か月	訪問看護見込回数 (1週当たり)	1 1回 4 4回以上 2 2回 5 その他 3 3回 (週当たり 回)
実施が適切と思われる訪問看護事業者	所在地 名称		
上記のとおり 訪問看護を（1 要する 2 要しない）と認めます。 年 月 日 福祉事務所長 殿 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			
※福祉事務所 嘱託医意見	1 訪問看護の要否（ア 要する イ 要しない） 2 訪問看護見込期間（ か月） 3 訪問看護見込回数（1週当たり 回（週当たり 回）） 4 参考意見 年 月 日 嘱託医		

(注意) 1 ※印の欄は、福祉事務所で記入します。

2 「訪問看護」の部分は、不要なものを——で消してください。

(裏面)

様式第23号

生活保護法医療券・調剤券（ 年 月分）										
公費負担者番号								有効期間	日から 日まで	
受給者番号								単独・併用別	単 独 ・ 併 用	
※交付番号	交付									
氏 名	(男・女) 明・大・昭・平・令 年 月 日生									
居 住 地										
指 定 医 療 機 関 名										
傷 病 名	(1)							診 療 別	入 院 歯 科	
	(2)								入 院 外 調 剤	
	(3)							本人支払額	円	
地区担当員名					取扱担当者名					福祉事務所長 印
備 考	社 会 保 険							あ り (健・共) な し		
	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第37条の2							あ り な し		
そ の 他										

- 備考1 この用紙は、A列4番白色紙黒色刷りとする。
- 2 「指定医療機関名」欄に指定訪問看護事業者の名称を記入する場合には、訪問看護ステーションの名称も併せて記入すること。
- ※ 交付番号については、レセプトの作成にあたり、医科、歯科、調剤は摘要欄に、訪看は特記事項欄に、DPCレセプトの場合は出来高情報欄に記載すること。

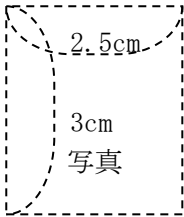
訪問看護に係る利用料請求書

(年 月分・訪問回数 回)

訪問看護に係る利用料明細書	基本利用料以外の利用料	単 位	単 価	金 額	摘 要
		回	円	円	
		合 計 金 額	請 求		※ 決 定
		円		円	
請 求 書	(利用者氏名) に係る上記明細書による訪問看護に係る利用料を請求します。 令和 年 月 日 住 所 福祉事務所長 殿 事業者名				

- (注) 1 ※印の欄は、福祉事務所で記入します。
 2 摘要欄には利用料の内容が分かるように具体的に記入してください。
 3 「訪問看護」の部分は、不要なものを——で消してください。

(表面)

本人確認証		No _____
氏 名		
生年月日		
性 別		
住 所		
<p>上記の者については、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成 6 年法律第 30 号）に基づく支援給付の支給決定されていることを証明する。</p>		
発行日	年 月 日	
		実施機関の長 印
<p>この確認証の有効期間は、年 月 日から 年 月 日までとする。</p>		

(裏面)

(注意)	
(1)	この確認証は、他人に貸与し、又は譲渡することはできません。
(2)	この確認証を紛失したときは、直ちに発行者に届け出て下さい。
(3)	この確認証は、次の場合は直ちに発行者に返納してください。 <ul style="list-style-type: none"> ①御本人が支援給付を受けなくなったとき。 ②確認証の記載事項に変更があったとき。 ③確認証の有効期間が満了したとき。 ④確認証が使用に耐えなくなったとき。 ⑤確認証が再交付された後、紛失した確認証を発見したとき。
(4)	医療機関で受診する際には、この確認証を窓口に提示して下さい。

(備考)

1. 再発行の場合は、再発行と表示する。
2. フィルムで完全密封する。

生活保護における後発医薬品（ジェネリック医薬品）の
使用原則化についてご協力のお願い

- 後発医薬品の普及については、医療財政の改善につながることから、国全体で取り組んでいます。更に取り組を進めるため、今般、法改正を行い、平成30年10月1日から、生活保護においては、医師が後発医薬品の使用が可能であると判断された場合には、原則として、後発医薬品を使用していただくことになりました。

【生活保護を受けている方への処方について】

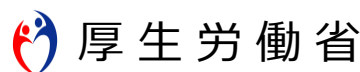
1. 生活保護を受けている患者について、医師の医学的知見に基づき、後発医薬品の使用が可能であると判断される場合には、下の囲みにある取組内容を説明していただき、原則として（※）後発医薬品を使用（又は処方）するようお願いします。
- ※ 例外として先発医薬品が使用されるのは、①在庫がない場合と②後発医薬品の薬価が先発医薬品の薬価よりも高くなっている又は先発医薬品の薬価と同額となっている場合です。
2. ただし、この取扱いは、医師の処方に関する判断をしばるものではありません。医学的知見に基づき、先発医薬品の使用が必要であると認められる場合は、従来通り、先発医薬品を使用（又は処方）することが可能です。
3. なお、一般名処方や、後発医薬品への変更を可とする銘柄名処方を行った場合には、薬局において、原則として後発医薬品しか調剤できなくなります。薬局において先発医薬品を調剤する必要があると考えられた場合は、やむを得ない場合を除き、処方医に疑義照会を行い、その判断を確認した上でなければ調剤できませんので、ご注意ください。

【福祉事務所への情報提供等について】

- 生活保護を受けている患者に対し、下記「取組内容」に沿って後発医薬品の品質等について説明することをお願いしていますが、それでもなお、患者が制度について理解できない場合には、福祉事務所に情報提供いただき、福祉事務所における制度説明の機会につなげていただくことも可能です。

生活保護における後発医薬品に関する取組内容

- ① 後発医薬品の品質や効き目、安全性は、先発医薬品と同等であり、医療財政の健全化を図るため、行政や医療保険など国全体で後発医薬品の普及に取り組んでいます。
- ② 生活保護では、医師または歯科医師により後発医薬品の使用が可能であると判断された場合は、原則として後発医薬品が調剤されることとなりました。



厚生労働省

※詳細については、東京都福祉保健局の下記ホームページを御参照ください。

東京都福祉保健局トップページ> 生活の福祉> 生活保護> 生活保護法改正による後発医薬品の使用原則化について（生活保護法指定医療機関・指定薬局の皆様へ）

〔URL〕 <http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/seikatsu/hogo/seiho-kouhatuiyakuhin.html>

【照会先】

東京都 生活保護 後発

検索

東京都福祉保健局生活福祉部保護課医療担当（03-5320-4065） 又は 各福祉事務所

生活保護における後発医薬品(ジェネリック医薬品)の
使用原則化についてご協力のお願い

- 後発医薬品の普及については、医療財政の改善につながることから、国全体で取り組んでいます。更に取組を進めるため、今般、法改正を行い、平成30年10月1日から、生活保護においては、医師が後発医薬品の使用が可能であると判断された場合には、原則として、後発医薬品を使用していただくことになりました。

【生活保護を受けている方への調剤について】

1. 生活保護を受けている方が、一般名処方又は後発医薬品への変更を不可としていない銘柄名処方の処方箋を持って、調剤を受けに来ましたら、下の囲みにある取組内容を説明していただき、原則として後発医薬品を調剤するようお願いします。
2. 一般名処方又は後発医薬品への変更を不可としていない銘柄名処方の場合、例外として、先発医薬品を調剤できるのは、①在庫がない場合と②後発医薬品の薬価が先発医薬品の薬価よりも高くなっている又は先発医薬品の薬価と同額となっている場合です。
3. また、薬剤師の専門的な知見から先発医薬品を調剤する必要があると考えられた場合は、処方医に疑義照会を行い、医師の判断を確認した上で、調剤するようお願いします。ただし、処方医との連絡が取れず、やむを得ない場合は、福祉事務所へ確認いただき、先発医薬品を調剤することも可能です。

※初回調剤時に、休日や夜間等、福祉事務所にも連絡が取れない場合には、事後的に福祉事務所に報告することとして、先発医薬品を調剤することも可能です。

※こうした対応を行った場合は、速やかに(遅くとも次回受診時まで)、処方医に対し、調剤した薬剤の情報を提供するとともに、次回の処方内容について確認してください。

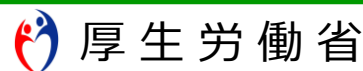
- これまでは、先発医薬品を希望する者については、一旦は先発医薬品を調剤し、指定薬局はその事情について聴取することとしておりましたが、今後は、単に患者の希望だけでは先発医薬品を調剤することはできなくなりますので、この仕組みは廃止となります。

【福祉事務所への情報提供等について】

1. 上記2又は3の事由により、先発医薬品を調剤した場合、福祉事務所へ情報提供していただくようお願いいたします。(詳細については、以下の東京都福祉保健局ホームページを御参照ください。)
※可能な限り後発医薬品を調剤できる体制整備に努めていただきますようお願いいたします。
2. 生活保護を受けている患者に対し、下記「取組内容」に沿って後発医薬品の品質等について説明することをお願いしていますが、それでもなお、患者が制度について理解できない場合には、福祉事務所に情報提供いただき、福祉事務所における制度説明の機会につなげていただくことも可能です。

生活保護における後発医薬品に関する取組内容

- ① 後発医薬品の品質や効き目、安全性は、先発医薬品と同等であり、医療財政の健全化を図るため、行政や医療保険など国全体で後発医薬品の普及に取り組んでいます。
- ② 生活保護では、医師または歯科医師により後発医薬品の使用が可能であると判断された場合は、原則として後発医薬品が調剤されることとなりました。



※詳細については、東京都福祉保健局の下記ホームページを御参照ください。

東京都福祉保健局トップページ>生活の福祉>生活保護>生活保護法改正による後発医薬品の使用原則化について(生活保護法指定医療機関・指定薬局の皆様へ)

〔URL〕<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/seikatsu/hogo/seiho-kouhatuiyakuhin.html>

【照会先】

東京都 生活保護 後発

検索

東京都福祉保健局生活福祉部保護課医療担当(03-5320-4065) 又は 各福祉事務所

