

専門医師における治療等の必要性に係る意見書（村外医療施設）

南大東村長 殿

申請者記載欄

1. 患者情報

フリガナ		性別	男 ・ 女	生年月日	西暦	年
氏名					月	日
住所	〒			連絡先 電話番号	(歳)	

(住所についてはマンション名、号室名まで記載願います。)

医師記載欄

2. 上記患者の疾病等名称

--

3. 島外の医療施設における治療等の必要性について

該当する項目にチェックをつけてください

- 指定難病以外の難病と診断され南大東村外で専門的治療や検査が必要であると専門医が判断した者
- 糖尿病性腎症、腎不全、肝硬変と診断され専門的治療や検査が必要と専門医が判断した者
- 学校の健診で南大東村外での精密検査（聴力・心電図）が必要な者
- 骨粗しょう症検診で精密検査が必要な者
- 南大東村外で毎月治療（注射や検査）を継続しないと生命にかかわる、介護や医療ケア（在宅酸素。人口呼吸器等）が必要となり村内で住めなくなると専門医が判断した者
⇒その理由について教えて下さい

4. 付添人の同行について

(付添人の同行が必要な場合は、「付添人が必要」とカッコ内の当てはまる項目にもチェックを付けて下さい)

- 付添人が必要 (未成年者 要介護者 要支援者)
- その他特別な理由 ()

5. 島外の医療施設における必要治療等の回数について (年度に4回までが限度回数)

該当する項目にチェックをつけてください (年度での回数)

- 1回 2回 3回 4回

問い合わせ先

南大東村役場 保健センター

TEL 09802-2-2116

西暦 年 月 日

医療施設住所地

医療施設名称

診療科目

医師名

印