

宮古島市以外の医療施設における治療等の必要性に係る意見書

宮古島市長殿

申請者記載欄

1. 患者情報

フリガナ		性別	男・女	生年月日	昭・平
氏名					年 月 日
住所		電話番号	自宅		
			携帯		

(住所については、マンション名・号室等までご記入ください)

医師等記載欄

2. 上記患者の疾病等名称

(該当する項目等に☑をつけてください)

生殖補助医療 不妊治療（生殖補助医療以外） 妊産婦（検診・出産） 不育症

疾病等名称		診断日（または紹介日）	年 月 日
治療期間	年 月 日～	年 月 日	(不妊治療（生殖補助医療含む）の場合のみ記入)

3. 宮古島市以外の医療施設における治療等の必要性について

(該当する項目等に☑をつけてください。複数選択可)

専門的な診断・治療を必要とするため 特殊な検査等を必要とするため

不育症検査または治療のため

その他 ()

4. 付添人の同行について（妊産婦・不育症）

(付添人の同行が必要な場合は、「付添人が必要」と、括弧内の当てはまる項目にも☑をつけてください)

付添人が必要（ 後期妊産婦で歩行の介助や支援が必要 その他特別な理由）

()

●その他特別な理由・・・1人での行動が困難な理由

年 月 日
医療施設所在地
医療施設等名称
診療科目
医師名
印

関係者のみなさまへ ～「沖縄県離島患者等通院費支援事業」の目的～

お住まいの離島から島外医療施設への通院を必要とされている不妊治療をされている方、妊産婦及びその付添人の方に対し、通院に要する経費を助成することで、離島患者等の経済的負担を軽減し、適切な医療を受ける機会を確保することが、「沖縄県離島患者等通院費支援事業」の目的です。事業の目的にご理解いただき、本意見書の記載にご協力くださいますようお願いいたします。