

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	昭和・平成
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 ☐ 一般不妊治療 ☐ 妊産婦健診 ☐ 出産 ☐ 不育治療・検査			
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 (生殖補助医療、一般不妊治療、不育治療の場合のみ記載)		

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
☐ その他 ()	

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、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」の場合は、1人での行動が困難な理由を具体的に記入してください	

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