

宮古島市以外での治療等通院の必要性に係る意見書

宮古島市長 様 宮古島市以外での治療等の必要性については以下の通りになります。

申請者記載

1. 患者情報

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名			
住所		電話番号	

医師等記載

1. 上記の者の宮古島市以外の医療施設等での治療等の必要性について

病 名	
-----	--

※当てはまるものに☑、その他の場合は理由を記載して下さい。

☐ 宮古島市内では困難な専門的な診断・診療等が必要である

☐ その他 (理由:)

2. 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チェック☑を付けて下さい。

☐ 付添人必要 (☐ 未成年者 ☐ 要介護又は要支援者 ☐ その他特別な理由※)

※介護保険法における

※その他特別な理由を選んだ場合は理由を記載して下さい。

(理由:)

年 月 日
医療機関名
所在地
医師名 印