

# 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	大・昭・平・令
氏名					年
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)

がん治療（ただし定期検査の場合は5年以内に限る）    小児慢性    指定難病

特定疾患    難治性てんかん

疾病等名称		診断日 (または紹介日)	年	月	日
-------	--	-----------------	---	---	---

### 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

本市では困難な治療方法のため    放射線治療のため

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 ( 未成年者 要介護者 要支援者 その他特別な理由 )

( )

●未成年者・・18歳未満 ●要介護者・要支援者・・介護認定を受けている者 ●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

～意見書の提出について～

各年度において、初回の申請時のみ意見書の提出が必要です。ただし疾病名・付添人の同行など、内容に変更がある場合は2回目以降も提出を求める場合があります（患者情報の変更は除く）