平成　　年　　月　　日

　　　　　　　　様

那覇市福祉事務所

生活保護の適正実施に係る調査票（頻回受診）

貴院にて治療中の保護受給者について、現在の治療状況と適正受診日数の確認が必要ですので、ご記入くださいますようお願いいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| **保護受給者** | 生活保護担当ケースワーカー：　　　　　　　  |
| **ケース番号** |  | **氏　名** |  | **生年月日** |  |
| **住　所** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **１.現在、主に行っている治療** | **２.通院状況** | **３.通院見込み期間** |
| 主な治療内容　　 （対応する傷病名）1. （　　　 　）
2. （　　　 　）
3. （　　　 　）
4. （　　　 　）
 | （受診月/受診日数）月/　　　日月/　　　日月/　　　日※直近３ヶ月の状況を記載 | □ ヶ月以内□ ６ヶ月以上□ １年以上□ その他 |
| **４.病状** | **５.療養態度** |
| 　□ 全治　　　　　　　　　この場合の理由　□ おおいに回復中　　　　　□ 病質による　□ やや回復中　　　　　　　□ 本人に原因　□ 変わらない　　　　　　　　□ やや悪化　　　　　　　　□ その他　□ おおいに悪化　　　　　　 | □ 良い　　 □ 悪い □ 普通　　　具体的に　　　　　　　　　　 |
| **６.療養上の指示事項** |
| □ あり　　　　　　　　□ 指示を理解している具体的に　　　 　　　　□ 守られている　　　　　　　　　　　　　□ 守られていない□ なし　　　　　　 □ 指示が理解できていない |
| **７.その他** | **８.適正受診日数** |
| 　□　　　　　　　　科の診療が必要　□　　　　　　　　 の検査が必要　□ 入院を要する　家族の協力や理解□ あり　　□ なし　□　特になし | □ 週に　　　　日 程度 □ 月に　　　　日 程度 |
| **９.主治医意見**※通院状況と適正受診日数に差がある場合は、その理由を必ず記載してください。※※頻回受診ではない場合は、その理由を必ず記載してください。 |
| □ 頻回受診である　　　□ 頻回受診ではない |
|  |
|  |
| 以上のとおり回答します。　　　　　　　年　　月　　日 (医療機関の所在及び名称)(担当医師氏名)　　　　　　　　　　　　 　　　　印 |