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 | | | | |