様式第３号(第４条関係)

八重山圏域外の医療機関への治療等の必要性に係る意見書

石垣市長　様

※　太枠内へ記載願います。

【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 年　月　日 満　歳
氏　名					
住　所	〒907-	連絡先 電話番号	自宅		
			携帯		

（住所については、マンション名、号室等まで記載願います。）

【医師等記載欄】

2．上記患者の疾病等名称

（該当する項目にチェック☑をつけてください。）

☐がん治療(ただし、治療開始後５年間に限る。) ☐小児慢性特定疾病 ☐指定難病又は特定疾患 ☐妊産婦健診
☐出産 ☐不妊治療(ただし、生殖補助医療に限る。) ☐子宮頸がん予防ワクチン接種後の副反応(疑いを含む。)に係る治療(HPV)

疾　病　等　名　称	(診断日　　年　　月　　日) ※診断日は、不妊治療(生殖補助医療に限る。)の場合は記載不要

治療期間(不妊治療の場合のみ記載)	治療開始年月日:　　年　　月　　日　～治療終了年月日:　　年　　月　　日

3．八重山圏外の医療機関への治療等の必要性について(HPV 又は不妊治療の場合は記載不要)

（該当する項目にチェック☑をつけてください。複数選択可）

☐専門的な診断･治療等を必要とするため ☐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チェック☑をつけてください。）

☐付添人が必要(①☐未成年者 ②☐要介護者 ③☐要支援者 ④☐その他特別な理由※)
※「その他特別な理由に☑をつけた場合は、その内容を簡潔に記載してください。
なお、「その他特別な理由」の具体例としては、要介護･要支援相当の状態の場合とご判断ください。

（　　）

（意見書発行日）　　年　　月　　日（八重山圏域又は沖縄県内の医療機関に限る。）

医療施設所在地

医療施設名称

診療科目

医師名　　印

関係者の皆さまへ　～「沖縄県離島患者等支援事業」の目的～

お住まいの離島から島外医療施設への通院を必要とされている、がん、難病等の患者、妊産婦、不妊治療患者及びその付添人の方に対し、通院に要する経費を助成することで離島患者等の経済的負担を軽減し、適切な医療を受ける機会を確保することが「沖縄県離島患者等支援事業」の目的です。事業目的にご理解いただき上記の疾病等に該当する場合、本意見書の記載にご協力くださいますようよろしくお願いします。