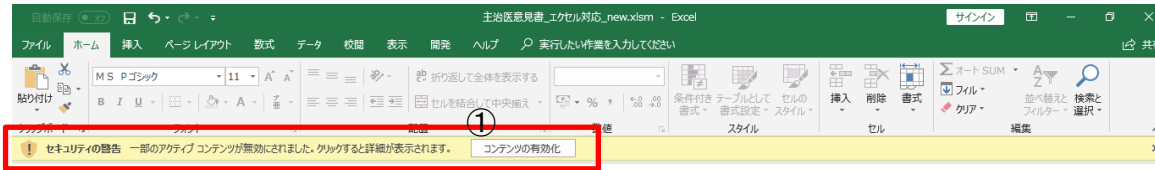


介護保険主治医意見書(エクセル版)入力時の注意点

- ①開いたときにセキュリティの警告メッセージが出ている場合は入力できないためコンテンツの有効化をクリックします。



- ②「対象者番号」の左端のボックスをクリックして、数字を入力すると自動的に次のボックスに移動します。

主治医意見書① 0305

市区町村コード 2 2 1 3 0 対象者番号 ② 1 | | | | | | | | | | 調査回目 0 1 回

管理市町村コード 2 2 1 3 0 医師番号 | | | | | | | | | |

申請日 | | | | 年 | | 月 | | 日 記入日 | | | | 年 | | 月 | | 日

- ③「対象者番号」の右端のボックスに数字を入力すると自動的に「申請日」に移動します。
(「対象者番号」→「申請日」→「記入日」の順に入力ができます。)

主治医意見書① 0305

市区町村コード 2 2 1 3 0 対象者番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 調査回目 0 1 回

管理市町村コード 2 2 1 3 0 医師番号 | | | | | | | | | |

申請日 ③ | | | | 年 | | 月 | | 日 記入日 | | | | 年 | | 月 | | 日

- ④「対象者番号(被保険者番号)」「申請日」は主治医意見書提出依頼書をご覧ください。
「医師番号」は空欄で構いません。
※「医師番号」を入力する際には「医師番号」の左端のボックスをクリックして数字を入力してください。

主治医意見書① 0305

市区町村コード 2 2 1 3 0 対象者番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 調査回目 0 1 回

管理市町村コード 2 2 1 3 0 医師番号 | | | | | | | | | |

申請日 2 0 1 8 年 0 8 月 1 5 日 記入日 2 0 1 8 年 0 8 月 2 1 日

- ⑤申請者名入力後、Enterを押すか赤枠線の内側をクリックすると▼が現れます。
▼をクリックして和暦(明治・大正・昭和・平成)または西暦を選択して生年月日を入力してください。

申請者 (ふりがな) はままつ かいこ

浜松 介護

⑤ | | | | 年 | | 月 | | 日生(| | 歳)

ここをクリックするか、申請者名入力後Enterを押す

※「最終診察日」と「発症年月日」も同様、「FAX」や「診断名入力後」にEnterを押すか、赤枠線内をクリックすると▼が現れ和暦、西暦を選択することができます。

医師氏名		電話 ()	
医療機関名		FAX ()	
医療機関所在地			
(1) 最終診察日	年 月 日	(2) 意見書作成回数	☐ 初回 ☐ 2回目以上

(1) 診断名(特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については 1 に記入)及び発症年月日			
1.	発症年月日	年 月 日 頃	
2.	発症年月日	(年 月 日 頃	
3.	発症年月日	(年 月 日 頃	

⑥記述部分においてはカーソルを該当箇所にあわせて入力してください。

※入力できる文字数に制限がありますのでご了承ください。

例えば、1.傷病に関する意見の(3)生活機能低下の直接の原因となっている傷病及び投薬内容を含む治療内容欄については1行に60文字が文字数制限となります。5行を超えてしまう場合は 5.特記すべき事項 にご記入ください。

⑦主治医意見書②(2枚目)の「対象者番号」を入力する際は左端のボックスをダブルクリックしてください。
主治医意見書①(1枚目)で記入した「対象者番号」が自動で入力されます。

主治医意見書②

市区町村コード 2 2 1 3 0

対象者番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

記入日 2 0 1 8 年 0 8 月 2 1 日

⑧ここをダブルクリック

⑧ここをダブルクリック

⑧「記入日」も同様に左端のボックスをダブルクリックしてください。
自動で主治医意見書①で入力した「記入日」が入ります。

主治医意見書②

0316

対象者番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

記入日 2 0 1 8 年 0 8 月 2 1

主治医意見書①で
入力した「対象者番号」と
「記入日」が自動で入ります。

⑨作成が終わりましたら、印刷していただき入力漏れや記載内容に不備がないかご確認ください。
※印刷は両面印刷でなくA4・片面印刷をお願いします。