

離島地域子ども通院費等助成金交付に係る診断証明書

住 所 _____

対象児氏名 _____

年 月 日生（ 歳）

上記の者は、以下の理由により、島外において治療等を受ける必要があることを証明する。

診療日 年 月 日

疾病名【 _____ 】

- 1 専門医が不在（専門医名： _____）
2 診療科が未設置（診療科名： _____）
3 その他（ _____）

※ 該当する理由の番号を丸印で囲んでください。

※ 3「その他」の場合は、島外で治療等を受ける必要がある理由を記載してください。

年 月 日

住 所 _____

医療機関等名 _____

医 師 名 _____

※署名または記名押印

診断証明書を記入する際の注意事項

1 疾病名について

疾病名は必ず記入してください。

甑島区域の医療機関が診断証明書を記載する際、専門・診療科外の病気等で疾病名が断定できない場合は、「〇〇の疑い」と記載してください。

2 診療科が未設置であるかの確認方法

甑島区域の医療機関における診療科は下記のとおりです。

下記に該当しない場合は、「2 診療科が未設置」に「○」をし、診療科名を記載してください。

例えば、耳鼻科等の島内に未設置の診療科を受診した場合は、

「② 診療科が未設置（診療科名：耳鼻科）」としてください。

No.	医療機関名	診療科名
1	村永医院	内科
2	上甑診療所	内科・眼科・歯科
3	里診療所	内科・歯科
4	鹿島診療所	内科・歯科
5	下甑歯科診療所	歯科・小児歯科・口腔外科
6	下甑手打診療所	内科・小児科（専門医不在）※・外科・眼科

※小児科について、島内には専門医が不在のため小児科を受診した場合は、

「① 専門医が不在（専門医名：小児科医）」としてください。

※歯の矯正について、疾病の治療としての矯正及び島内で治療ができない場合のみが対象です。歯並びを整えたり、見栄えを良くしたりするための審美目的である矯正は対象外です。

島外の歯科医院が歯の矯正における診断証明書を記入する際は、

「③ その他（〇〇（疾病名等）の治療のための歯科矯正であり、島内の医療機関では治療が困難であるため）」と記入してください。

3 「その他」の具体例

(1) 島内では患者にとって望ましい治療が受けられないため

(2) 島内の医療設備では治療が困難であるため

(3) 島内の医療機関では治療薬の処方できないため

(4) 島内で困難な手術実施、術後観察のため

(5) 島内に療育施設がないため

(6) 緊急性があり、島内の医療機関では対応が難しいため

(7) 就学時・学校健診において島外の医療機関の受診が必要と診断されたため※

※健診結果のお知らせに「島外の医療機関の受診が必要」と記載されているものを提示された場合のみ、記入してください。