

【主治医意見書(OCR)Excelの入力・作成方法】

尾道市_R8主治医意見書r5.xlsm - Excel

=入力

=プルダウンより選択

=チェック

①各項目の入力欄を入力・選択する。
(※説明欄に入力の説明記載有)

B	C	D	E	F
タイトル	項目名	入力欄		説明
ヘッダ	被保険者番号	1234567890		半角10桁
	記入日	080402		和暦年月日(8桁YYMMDDで入力)
	認定結果情報の送付希望	<input type="checkbox"/> 希望しない		
	氏名	尾道 高齡		全角20文字まで
	ふりがな	おのみち こうれい		全角20文字まで
	生年月日	3101010		和暦(元号はMTSまたは12桁)
	年齢	90		
	性別	男		リストから選択
	郵便番号前3桁	722		半角3桁まで
	郵便番号後4桁	8501		半角4桁まで
	住所1行目	尾道市久保1丁目15番1号 尾道市役所		全角20文字まで
	住所2行目	高齢者福祉課		全角20文字まで
	連絡先電話番号1	0848		市外局番(半角4桁まで)
	連絡先電話番号2	38		市内局番(半角4桁まで)
	連絡先電話番号3	9118		加入者番号(半角4桁まで)
被保険者・主治医	在宅施設	在宅		リストから選択
	署名をお願いします。			署名のため、入力不可)
	尾道市役所病院			全角20文字まで
	尾道市久保1丁目15番1号			全角20文字まで
	0848			市外局番(半角4桁まで)
	38			市内局番(半角4桁まで)
	9118			加入者番号(半角4桁まで)
	0848			市外局番(半角4桁まで)
	37			市内局番(半角4桁まで)
	医療機関FAX番号3	7260		加入者番号(半角4桁まで)
	最終診察日	080320		和暦年月日(8桁YYMMDDで入力)
	意見書作成回数	2回目以上		リストから選択
	他科受診の有無	有		リストから選択
		<input checked="" type="checkbox"/> 内科		
		<input checked="" type="checkbox"/> 精神科		

②「入力フォーム」シートへ入力すると、「主治医意見書」シートへ反映される。

入力フォーム 主治医意見書

尾道市_R8主治医意見書r5.xlsm - Excel

入力し終わったら主治医意見書を印刷(2ページ分)し、医師氏名を署名後、提出してください。

尾道市 介護保険主治医意見書 (OCR用)

90 保険者番号 被保険者番号

342055
 7234567890
 令和 08 年 04 月 02 日 記入

(氏名) おのみち こうれい 〒 722 - 8501 尾道市久保1丁目15番1号 尾道市役所
 尾道 高齡 (男・女) 高齢者福祉課
 明・大・昭) 10年 10月 10日生 (90歳) 連絡先 0848 (38) 9118

上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 在宅 施設

署名してください。

医師氏名 _____ 電話 0848 (38) 9118
 医療機関名 尾道市役所病院 FAX 0848 (37) 7260
 医療機関所在地 尾道市久保1丁目15番1号

(1)最終診察日 令和 08 年 03 月 20 日 (2)意見書作成回数 初回 2回目以上

有 無 → (有の場合) 内科 精神科 外科 整形 脳神経

入力フォーム 主治医意見書