

## 医療機関の複数指定に関する理由書(自立支援医療(精神通院)用)

※この理由書は、精神通院療法等を行う主たる受診医療機関以外に、専門的治療や検査、デイケア等を実施する医療機関の追加指定を希望する場合に、主たる受診医療機関において作成するものです。

※主たる受診医療機関での実施内容と重複しないことが必要です。

※緊急時の受診のためという理由では認められません。

受診者氏名			
生年月日	年	月	日 ( 歳)
① 追加指定を希望する医療機関名 _____			
② 主たる医療機関以外で専門的治療や検査、デイケア等を必要とする精神疾患名、実施内容、理由			
(1) 精神疾患名 _____	ICDコード( ) (F00～F99、G40のいずれかを記載)		
(2) 追加指定を希望する医療機関で必要な実施内容			
<input type="checkbox"/> 専門的治療 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> デイケア等 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> カウンセリング <input type="checkbox"/> その他( )			
【わかる範囲で具体的な内容を記入して下さい】			
(3) 主たる医療機関で実施できない理由			
年 月 日			
医療機関の名称			
医療機関所在地			
電話番号			
医師氏名(自署又は記名押印)			

\*判定

承認

不承認

保留

## 記入例

## 医療機関の複数指定に関する理由書(自立支援医療(精神通院)用)

※この理由書は、精神通院療法等を行う主たる受診医療機関以外に、専門的治療や検査、デイケア等を実施する医療機関の追加指定を希望する場合に、主たる受診医療機関において作成するものです。

※主たる受診医療機関での実施内容と重複しないことが必要です。

※緊急時の受診のためという理由では認められません。

受診者氏名	福岡	花子										
生年月日	平成	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日	(	〇〇	歳)		
① 追加指定を希望する医療機関名	〇〇病院 (従たる(追加する)医療機関名を記入する)											
② 主たる医療機関以外で専門的治療や検査、デイケア等を必要とする精神疾患名、実施内容、理由	(1)精神疾患名 従たる(追加する)医療機関で治療する病名 ICDコード( F〇〇 ) (F00~F99, G40のいずれかを記載)											
(2)追加指定を希望する医療機関で必要な実施内容	<input type="checkbox"/> 専門的治療 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> デイケア等 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> カウンセリング <input type="checkbox"/> その他( ) ※ <input type="checkbox"/> のいずれかをチェック											
【わかる範囲で具体的な内容を記入して下さい】	従たる(追加する)医療機関で行う治療内容を記載。											
(3)主たる医療機関で実施できない理由	主たる医療機関でできない理由を記載。 例)・脳波測定する検査機器がないため。 ・デイケアがない。 ・心理士がないのでカウンセリングができない等											
医療機関の名称	〇〇病院									年	月	日
医療機関所在地	福岡市中央区〇〇											
電話番号	092-〇〇〇-〇〇〇〇											
医師氏名(自署又は記名押印)	〇〇 〇〇											

\*判定

承認

不承認

保留