

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				
☐ 専門的治療 ☐ 検査 ☐ デイケア等 ☐ 作業療法 ☐ カウンセリング				
☐ その他()※ ☐ 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医学的理由を記載。 例)・脳波測定する検査機器がないため。 ・デイケアがない。 ・心理士がいないのでカウンセリングができない等				
年 月 日				
医療機関の名称	〇〇病院			
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