

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			
☐ 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()			
【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