|  |
| --- |
| 主たる受診医療機関の主治医記入用 |

|  |  |
| --- | --- |
| 精神保健福祉センタ－記入欄 | |
| 医療機関追加申請の審査 | |
| **該当** | **非該当** |

**複数医療機関の指定に関する意見書（自立支援医療費（精神通院）用）**

　　　　　□治療　　□検査　（いずれかに☑　してください。）

奈良県精神保健福祉センター所長　殿

※　この意見書は、支給認定申請及び変更申請により複数医療機関（治療または検査において）の指定を希望する場合、診断書作成医療機関（主たる受診医療機関）において作成し、提出するものです。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日  　　　　　　　（　　　　　歳） |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 |  | | |
| 1. 病　　名   （ICDコードは、F00～F99、G40のいずれかを記入して下さい。） | 1. 主たる精神障害　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ICDコード（　　　　　　） 2. 従たる精神障害　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ICDコード（　　　　　　） | | |
| 1. 診断書作成医療機関（主たる医療機関）における治療・検査内容 | | | |
| 1. 診断書作成医療機関（主たる医療機関）以外で受診・検査を必要とする精神疾患名及び医療機関、治療・検査が必要な理由と主な治療・検査内容   【精神疾患名】　　　　　　　　　　　　　　　　　　【医療機関名】  【他機関で治療・検査が必要な理由】  【主な治療・検査内容】※主たる受診医療機関での医療・検査と重複しないことが必要です。 | | | |
| 年　　　月　　　日  　医療機関名　称  　　　　　所在地  　　　　　医療機関コード  　　　　　電話番号  　　　　　自立支援医療（精神通院）  　　　　　指定医療機関指定年月日　　　　　　　　年　　　　月　　　　日  　　　　　医師氏名（自署又は記名押印）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | |
| （２０２０．０７版） | | | |