

複数医療機関の指定に関する理由書（自立支援医療（精神通院医療）用）

①氏名	
②生年月日	M・T・S・H 年 月 日
③病名	(1)主たる精神障害_____ ICDコード( ) (2)従たる精神障害_____ ICDコード( )
④当院（主医療機関：診断書作成医療機関）における治療内容	
⑤当院以外で受診を必要とする医療機関名及び治療を行うことが必要な理由と主な治療内容等	【医療機関名】 _____ 【理由及び主な治療内容等】 ※医療が重複しないことが必要です。
令和 年 月 日 医療機関名 所在地 医師氏名	