

医療機関の複数指定に関する意見書 (自立支援医療（精神通院医療）用)

※ 本意見書は、通院在宅精神療法等を行う主病院以外に、検査や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、主病院の医師もしくは検査やデイケア等を実施する医療機関の医師が記載するものです。

フリガナ		性別	男・女	生年月日	
氏名				大正・昭和 平成・令和	年
住所					
① 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	()	
②	【検査やデイケア等を実施する医療機関名： _____】				
③	主病院以外に検査やデイケア等の利用が必要な理由と実施内容				
	1 具体的な実施内容				
	2 主病院で実施できない理由				
④	主病院との連携（該当項目に○を記入）				
	主治医が複数医療機関への通院を		把握している	・	把握していない
上記の通り診断します。					
	年	月	日		
医療機関の名称					
医療機関の所在地					
電話番号					
医師氏名					
自署または記名捺印					

※ 原則、変更（追加）申請、新規申請、診断書の添付が必要な更新申請の都度、提出が必要です。ただし、診断書の添付を省略できる更新申請では、病状及び治療方針の変更がない場合、本意見書の提出は不要です。

(令和元年5月31日改訂)