

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

※ この意見書は、変更申請及び再認定申請により複数医療機関の指定を希望する場合に提出するものです。

ただし、新規申請及び診断書の添付が必要な再認定申請は、診断書への記載内容で医療に重複がないかを確認するため、この意見書は不要です。

フリガナ		氏 名		生年月日	明治・大正 昭和・平成 令和	年	月	日生（	歳）
住 所		名古屋市 区							
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				I C Dコード（		）	
		(2)従たる精神障害				I C Dコード（		）	
		(3)身体合併症				（※身体合併症欄は、精神疾患に 起因する疾患のみご記入ください。）			
② 診断書作成医療機関（主医療機関）における治療内容									
1. 投薬内容 （※診断名に対する薬剤名）									
2. 精神療法等 （※「通院在宅精神療法」「行っている」「支持的精神療法」等の単語の記入でなく、医学的観点から継続的な通院医療の必要性がわかるように 診察時にどのような治療や指導がなされているかをご記入ください。）									
3. 訪問看護指示の有無 ☐ あり ・ ☐ なし									
③ 複数医療機関での治療が必要な理由と主な治療内容等									
【精神疾患名】 _____ 【医療機関名】 _____									
【理由と主な治療内容等】									
年 月 日							※ 審 査 欄		
医療機関所在地							追 加 承 認		追 加 不承認
名 称									
電話番号									
診療担当科名									
医師氏名 (自著又は記名押印)									