

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ー記入欄	
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 デイケア・ナイトケア（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 ()	
② 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			
③ 診断書作成医療機関（主たる医療機関）以外で <u>受診・検査を必要とする精神疾患名及び医療機関</u> 、 <u>治療・検査が必要な理由と主な治療・検査内容</u>			
【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			