**主たる医療の追加にかかる理由書**（参考様式）

～自立支援医療（精神通院）制度～

①　患者氏名

　②　生年月日　　　Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ　　　　年　　　月　　　日

③　病名　　※ＦコードまたはＧ40（てんかん）が対象です。

　（１）　　　　　　　　　　　　　　　　　　ICDｺｰﾄﾞ（　　　　）

　　（２） 　　　 　　　ICDｺｰﾄﾞ（　　　　）

④　追加医療機関名・診療科名

⑤　追加の理由（一つの医療機関で治療できない理由、分担・違いなど）

⑥　追加医療機関の治療の内容

Ⅰ現在の症状、状態像等（具体的な症状等をご記入ください。）

Ⅱ現在の治療内容について

Ⅲ今後の治療方針

※新規の場合など、別途照会させていただくことがありますのでご了承ください。

　　　　年　　　月　　　日

医療機関名

所在地

診療担当科名

医師氏名

（広島市）