

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コード ()

(2) ICDコード ()

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