

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			年 月 日
氏 名			生年月日 (歳)
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、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			

診断書(精神通院医療用)等 記載要領②

～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)について～

自立支援医療(精神通院医療)における受診先は原則として1カ所の医療機関に限定するものです。ただし、主治医が治療上の必要を認め、かつその医療機関において提供することができない医療については、本制度の適用を受けている医療機関(主たる病院)から他の医療機関(従たる医療機関)への依頼があり医療に重複がない場合に限り、複数医療機関の受診ができるようにするものです。

- 対象となる医療は「精神障害又は精神障害に起因して生じた病態」の診療に限ります。また、受給者本人の利便のためや、単なる希望による複数受診は公費負担の対象外です。ご留意願います。
- この様式は、支給認定申請及び変更申請により複数医療機関の指定を希望する場合、診断書作成医療機関(主医療機関)において作成し、提出するものです。様式にそって具体的にご記載ください。
- 「治療」「検査」「デｲｸｱ・ｷｬﾄｸｱ」のいずれかに ☒ をしてください。

①病名について

(1) 主たる精神障害 (2) 従たる精神障害

ともに診断書(精神通院医療用・精神障害者保健福祉手帳用)の病名と一致させてください。

ICDコードについて

アルファベットを含む第3桁以上で記載してください。

対象となる範囲は、F00～F99およびG40です。

②診断書作成医療機関(主たる医療機関)における治療・検査内容について

主たる医療機関で実施している内容と従たる医療機関との治療の重複がないか判別できるよう具体的に記載ください。

③診断書作成医療機関(主たる医療機関)以外で受診・検査を必要とする精神疾患名及び医療機関、治療・検査が必要な理由と治療・検査内容について

・精神疾患名

(ア) 病名の(1)もしくは(2)の病名を記載願います。

・他機関で治療・検査が必要な理由

現在受診している医療機関が別の医療機関に依頼する内容とともに、別の医療機関への転院ではなく、診断書作成医療機関(主医療機関)と別の医療機関との両方を受診しなければならない理由も併せてご記載ください。

- 医療内容に重複がないことがわかるよう明確にお書きください。

・医療機関名称等

電話番号、自立支援医療指定医療機関指定年月日、医療機関コード、医師氏名等の記載漏れがないようにしてください。

自立支援医療指定医療機関指定年月日は、当初に指定を受けた年月日を記載してください。