**（別紙）**

広島県提出分

医療機関の追加にかかる理由書

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　当院（主たる医療機関）における治療内容

⑤　追加医療機関名・診療科名

⑥　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）

⑦　追加医療機関での治療内容

　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　※　当該治療の中心となる医療機関が記入してください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　診療担当科名

　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名

※　精神障害の誘因となった身体障害についての治療・検査は自立支援医療の対象外です。

※　万が一のための緊急受診を確保するための医療機関指定はできません。

　※　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。