

参考様式)

精神通院医療用理由書 (複数の医療機関で治療を行う理由)

①氏名		男 ・ 女
②生年月日		
③当院以外で受診を必要とする病院・診療所名		
④当院以外の病院・診療所で治療を行うことが必要な理由		
平成 年 月 日		
医療機関名		
所在地		
医師氏名		
(自書又は記名押印)		
印		