

診療情報提供書（診療申込書）

F A X 送付先 福井県立病院地域医療連携推進室 0776-57-2901

医療機関名
医師名
電話
Fax

患者	
ふりがな	
氏名	男・女
生年月日	M・T・S・H 年 月 日（ ）才
住所	
電話	
福井県立病院の来院歴	有 無

外来診察	希望日時
	年 月 日（ ）
	希望担当医
検査	科
	医師
検査	検査名
	希望日時
	年 月 日（ ） 午前・午後 時頃

記号	番号
被保険者氏名	
資格取得年月日	
保険者番号	
高齢者受給者番号	
公費負担医療の受給者番号	

■傷病名（現症）

■紹介目的

■既往症・家族歴

■症状経過および検査結果

■現在の処方 【抗凝固剤・抗血小板剤 有（薬剤名）・無】
【有の場合：薬剤一時休薬の可否 可 否 要相談】

（地域医療連携医）
入院時開放型病床を
 利用する