診療情報提供書（診療申込書）

ＦＡＸ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・R 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
	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