**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

|  |
| --- |
| 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 |

医療機関名

医師名

電話

Fax

|  |  |
| --- | --- |
| 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

■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】

１３

１３

　　　　　　　　　　　　　14