

# セカンドオピニオン診療情報提供書

Fax送付先 福井県立病院 入退院支援センター 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
住所	
連絡先	(自宅) (携帯)
福井県立病院の来院歴	有 無

ン セ カ ン ド オ ピ ニ オ ン 診 察	希望科
	科
	希望担当医
	医師
当てはまる番号に○印をつけてください。 1 検査、治療は希望しない。 2 必要な検査、治療を希望している (通常の診察予約になります)	

保 険 情 報	記号	番号
	被保険者氏名	
	資格取得年月日	
	保険者番号	
	老人医療番号	
	公費負担医療の受給者番号	

(必要な検査・治療を希望されている方は通常の診療予約になりますが、上記についてご記入ください)

傷病名 (現病)
既往症
症状経過及び検査結果
治療方針