

診療情報提供書（診療申込書）

F A X 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・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	

返答待ち状況	<input type="checkbox"/> 患者さん待機中 <input type="checkbox"/> 本日中に <input type="checkbox"/> 週明けで良い
--------	--

<p>■傷病名（現症）</p> <p>■紹介目的</p> <p>■既往症・家族歴</p> <p>■症状経過および検査結果</p> <p>■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 <input type="checkbox"/>可 <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>要相談】</p>	<table border="1"> <tr> <td> （地域医療連携医） 入院時開放型病床を <input type="checkbox"/>利用する </td> </tr> </table>	（地域医療連携医） 入院時開放型病床を <input type="checkbox"/> 利用する
（地域医療連携医） 入院時開放型病床を <input type="checkbox"/> 利用する		