

## 診療情報提供書

年 月 日

 福井総合病院（入院・救急外来） 福井総合クリニック（外来）

所在地

医療機関名

医師名

⑧

TEL

FAX

\_\_\_\_\_科 \_\_\_\_\_先生

患者氏名		フリガナ		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	年	月	日 (才)	TEL ( ) -
住所	(〒 - )			

希望内容	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> RI 部位:		内視鏡 <input type="checkbox"/> GIF <input type="checkbox"/> TCF <input type="checkbox"/> SF	
	<input type="checkbox"/> 超音波 部位:	<input type="checkbox"/> 脳波	<input type="checkbox"/> その他( )	
希望日時	<input type="checkbox"/> いつでも ・ <input type="checkbox"/> 希望日( ) ・ <input type="checkbox"/> 不都合日( )			

保険の種類	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	記号・番号	
保険者番号			その他	<input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自賠 <input type="checkbox"/> 他

算定している 在宅医療	<input type="checkbox"/> 在宅時医学総合管理料 <input type="checkbox"/> 施設入居時等医学総合管理料	
	<input type="checkbox"/> 在宅がん医療総合診療料 <input type="checkbox"/> 在宅療養指導管理料(在宅自己注射指導管理料を除く)	

\*お手数ですが、上記管理料等を算定されておられましたら、をお願い致します

傷病名	
紹介目的	

## 【既往歴・家族歴】

【症状・治療経過  
検査結果等】

## 【現在の処方】

【歩行状態】 独歩 車椅子 ストレッチャー【来院方法】 救急車 施設車両 自家用車