様式2

診療情報提供書

西暦　　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　　㊞
TEL
FAX

＿＿＿＿＿＿科　＿＿＿＿＿＿＿＿先生

患者氏名		ﾌﾘｶﾞﾅ			☐ 男 ☐ 女
生年月日	大正･昭和･平成･令和　年　月　日（　才）		TEL	（　　）　　ー	
住　所	（〒　　－　　）				
保険の種類	☐ 社保　☐ 国保	☐ 本人　☐ 家族	記号・番号		
保険者番号			その他	☐生保 ☐労災 ☐自賠 ☐他	

希望内容	☐MRI　☐CT　☐RI　部位:（　　）　造影：　☐あり　☐なし
	【造影検査の場合はご確認下さい】 ・喘息　☐なし　☐あり ・腎機能低下　☐なし　☐あり　・クレアチニン（　mg/dl、　年　月　日） ・ビグアナイト系糖尿病薬の服用　☐なし　☐あり
	☐GIF　☐TCF　☐SF　☐脳波　☐超音波 部位：（　　）
	☐その他（　　）
希望日時	☐　いつでも　・ ☐希望日（　　）　・ ☐不都合日（　　）

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】