

## 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

⑩

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	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (才)	TEL	( )	—
住所	(〒 - )			
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	

希望内容	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> RI 部位:( ) 造影: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	【造影検査の場合はご確認ください】			
	・喘息 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
	・腎機能低下 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ・クレアチニン( mg/dl、 年 月 日)			
	<input type="checkbox"/> GIF <input type="checkbox"/> TCF <input type="checkbox"/> SF		<input type="checkbox"/> 脳波	<input type="checkbox"/> 超音波 部位:( )
	<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( )			

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】