

# 診 療 情 報 提 供 書

(診療申込書)

紹介先 福井赤十字病院

令和 年 月 日

科 \_\_\_\_\_ 様 紹介保険医療機関  
所在地 〒 \_\_\_\_\_  
名称 \_\_\_\_\_  
医師氏名 \_\_\_\_\_  
TEL/FAX \_\_\_\_\_

⑩

フリガナ 患者氏名		性別	※患者ID						
	様	男・女	保険種別						
生年月日	明・大・昭・平・令	( 歳)	保険者番号						
住 所			記号・番号						
			有効期限	年 月 日	~	年 月 日			
電話番号	( )		公費番号						
職 業			受給者番号						
受診希望日	令和	年 月 日	有効期限	年 月 日	~	年 月 日			
検 査 名 【予 約 要】	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT (頭部を除く) <input type="checkbox"/> RI (負荷心筋シンのみ除く) <input type="checkbox"/> PET ※検査部位 (頭部 頸部 胸部 腹部 骨盤部 脊椎 その他( ))								
	【画像診断】	糖尿病: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	妊 娠: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						
		歩 行: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 ( <input type="checkbox"/> 車椅子)	閉所恐怖症: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						
		施行した画像診断: <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> その他( )							
	【内視鏡検査】	<input type="checkbox"/> GIF (胃内視鏡) <input type="checkbox"/> TCS (全大腸内視鏡)							
その他検査名	( )								
【電話予約】	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		【画像診断フィルムの写】 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要						
傷 病 名									
紹介目的									
主訴および既往歴ならびに家族歴									
症状経過及び検査結果等									
治療経過									
現在の処方									
薬物アレルギー等									
備 考									
持参資料	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		(画像、検査記録、病理標本、その他)						
入院時の開放型病床利用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無								