

〈送信先〉  
福井県済生会病院 地域医療連携室

FAX.0776-28-8525

〈お問い合わせ〉TEL.0776-28-8521

 予約 緊急

医療機関の  
所在地  
名称  
医師氏名  
TEL/FAX

印

担当 事務 記載 欄	ふりがな				
	患者氏名	旧姓 ( )	生年月日	年 月 日 ( 歳)	
	住所	〒 - TEL			
保険の種類	一般 ・ 生保 ・ 労災 ・ 自賠責 ・ 自費	返答待ち 状況	<input type="checkbox"/> 患者さん待ってます <input type="checkbox"/> 本日でよい		済生会病院 登録No

担当 医師 記載 欄	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 入院 〈開放型病棟希望(有・無)〉	画 像 項 目	造影可(Cr値 _____・採血日 / )・不可
	希望受診科〈有・無〉 科 医師		部位【 】
	第1希望日 年 月 日 時頃		部位【 】
	第2希望日 年 月 日 時頃		RI ( )
<input type="checkbox"/> インターネット予約申込 <input type="checkbox"/> ご自身で予約申込		超音波検査 部位【 】	
緊急来院時移動手段 <input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> 自家用車		生理	
現在の状況: <input type="checkbox"/> 自宅療養 <input type="checkbox"/> 施設入所中( )		内視鏡	GTF・CF・SF・その他( )
<input type="checkbox"/> 入院中: 一般・療養・介護		その他	
		妊娠の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

(診療情報提供書) ※貴院の診療情報提供書をお使いになる場合、下記の記載は不要ですが、申込書と同時にFAXをお願いします。

傷病名
紹介目的 既往歴及び家族歴
症状経過及び検査結果 (検査結果別紙添付... 有・無)
治療経過
現在の処方