診 療 情 報 提 供 書（診療・検査予約申込書）

平成　　年　　月　　日

福井循環器病院
　地域医療連携室 宛

医療機関の
所　在　地
名　　称
医 師 氏 名　　印
ＴＥＬ／ＦＡＸ

フリガナ		保険種別	健保　国保　共済　船保　老人
氏 名	（ 男 ・ 女 ）		（ 本人　家族 ）
生年月日	ＭＴＳＨ　　年　　月　　日	保険者番号	
住所		記号・番号	
電話番号	（　　）　　－	公費番号	
		受給者番号	

今までに福井循環器病院を受診したことが　☐あり　☐なし　☐不明

希望受診日	☐有　☐無　　☐午前　☐午後	希望受診科	科	
	年　　月　　日　（　）	希望医師名	☐有　☐無	医師

☐ 診察　　☐ 心臓精査（☐ 心カテ　☐ CT　☐ RI　☐ 心エコー　☐ ホルター　☐ その他　　）
☐ 治療　　☐ CT検査　（部位:　　）　☐ 消化器科（☐ GIF　☐ US　☐ CF　☐ SF）
☐ 入院　　☐ 呼吸器科的精査（☐ PSG ☐ その他　　）　☐ 内分泌科的精査　☐ 眼科的精査
☐ その他（　　）

診療情報提供書

傷病名・目的・経過・処方等

持参資料　有　・　無　　資料名

＊FAX受信後、折り返し「診療・検査申込確認書」をFAX送信させていただきます。(20分程度)
＊場合により、希望医師の診察が困難な場合もございますので、御了承下さい。

福井循環器病院　地域医療連携室　（受付時間）
〒910-0833　福井市新保2丁目228番地
TEL　0776－54－5761(直通)　　月～金　8:30～17:00
FAX　0776－54－5977(専用)　　土　8:30～13:00