

# リハビリ外来受診申し込み書

FAX: 025-284-2080 新潟南病院(代表)

送信先: 新潟南病院 地域医療連携室

## 【送信元】

病院・クリニック

科

医師名

先生 (ご施設の担当者

さま)

FAX番号

電話番号

## 【主な傷病名】

- ・
- ・
- ・
- ・
- ・

## 【紹介目的】 >>> 外来通院 ・ 入院 リハビリ (いずれかに○)

いずれかにCheckもしくは自由記載をお願いします

ADL維持・向上

疾病管理

その他

## 【患者情報】

ふりがな ( )

氏 名: 様 男 ・ 女

生年月日 M/T/S/H 年 月 日 ( 歳)

住所: 〒

電話番号:

当院の受診歴  あり  なし