

リハビリ外来受診申し込み書（外来心リハ専用）

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】

新潟

病院・クリニック

〇〇〇科

医師名: 新潟 太郎 先生（ご施設担当者: MSW 下越 様）

FAX番号 025-XXX-XXXX 担当医お電話番号 025-XXX-XXXX

【主な傷病名】

- 慢性心不全
- 高血圧症
- 僧帽弁閉鎖不全症術後
- 糖尿病

【紹介目的】

外来心臓リハビリ導入依頼

【受診希望日】 いずれかの口に✓と、空欄の日付・曜日をご指定ください。

8 月 10 日以降の最短日

月 日以降最短の 曜日

第一希望: 月 日 第二希望: 月 日

※受診前日までに紹介状が郵送可能な、余裕をもったスケジュールでお願いいたします。

【患者情報】

フリガナ (トヤノ シンジロウ)

氏名: 鳥屋野 心治郎 様 (男) ・ 女

生年月日: ^{西暦}T/S/H/R 19XX 年 〇〇 月 △△ 日 (□□ 歳)

住所: 〒950-XXXX

新潟市 〇〇区 △△町 □-☆

(建物名)

電話番号: 025-XXX-XXXX

当院の受診歴: あり なし