

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】

病院・クリニック _____ 科 _____

医師名: _____ 先生（ご施設担当者: _____ 様）

FAX番号: _____ 担当医お電話番号 _____

【主な傷病名】

- ・ _____
- ・ _____
- ・ _____

【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□に✓と、空欄の日付・曜日をご指定ください。

_____ 月 _____ 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 (_____)

氏 名: _____ 様 男 ・ 女

西暦/T/
生年月日: S/H/R _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

住所: 〒 _____

電話番号: _____

当院の受診歴: あり なし