

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】

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
- 慢性呼吸不全
- 間質性肺炎
- 糖尿病
- 陳旧性脳梗塞
- 腰椎圧迫骨折

【紹介目的】

〇〇目的のリハビリをお願いします。

【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。

4 月 21 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 (メイケ アユミ)

氏名: 女池 歩 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