

心臓リハビリ紹介状

医療法人社団 ALTRY
のがたクリニック宛

紹介元/担当医師

当クリニックでは心臓リハビリの適応基準に加え、**かろうじて階段昇降できるADL以上**の患者様を対象としております。初診時に診察にて確認させていただきます。

以下の情報の記入をお願いします。 ※は必須項目です。

【基本情報】

氏名※		フリガナ※		性別※
生年月日※		(歳)		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

【医学情報】

※疾患名	<input type="checkbox"/> 狭心症	<input type="checkbox"/> 心筋梗塞	<input type="checkbox"/> 心不全
	<input type="checkbox"/> 下肢末梢動脈疾患	<input type="checkbox"/> 大動脈瘤	<input type="checkbox"/> 大動脈解離
	<input type="checkbox"/> その他 () 部位など補足事項 ()		
特記事項			

【リハビリ導入前の診察希望日】

ご希望があれば日付を記入してください

診察希望日 (月・水・木・土のみ)

年 月 日 (月・水・木・土)

以下の番号に電話をいただくかFAXをお願いします。

受付時間 月・水・木 9時～13時・14時45分～18時
土 9時～13時

医療法人社団ALTRY
のがたクリニック

TEL: 03-3389-2202 (リハビリ室直通)
03-3389-2201 (代表番号)
FAX: 03-3389-2281