

FAX申込書

—心臓リハビリテーション—

○帯広協会病院 地域医療福祉連携室 直通FAX:0155-22-6620

循環器内科 心臓リハビリ担当医 殿

医療機関名

- 受診希望日：
 月曜 午前
 金曜 午前
 その他()

所在地

主治医名

) TEL
 FAX

- 協会病院受診歴 有 無

保険証番号			
記号		公費負担者番号	
番号		受給者番号	
被保険者との続柄	本人・家族	障害・ひとり親・難病	
負担割合		割	

- 患者情報

フリガナ		男・女	生年月日
患者氏名			年 月 日
患者住所	〒	TEL	()

- 疾患名 (どこにも該当しない場合は、心臓リハビリの対象となりません)

急性心筋梗塞 狭心症
 開心術後 大血管疾患 (大動脈解離、大血管術後)
 慢性心不全 (以下のいずれかに該当することが必須)
 BNP 80pg/mL 以上 NTproBNP 400pg/mL以上
 LVEF 40% 未満
 末梢動脈閉塞性疾患 (下記項目を満たす)
 間欠性跛行あり

- 現病歴 (貴院所定の書式にて以下の項目をご記入の上、FAX願います)

☆ 現病歴

☆ 既往歴

☆ 検査結果

心不全ではBNPおよびLVEF、末梢動脈閉塞性疾患ではABIは必須です。
 検査結果がない場合は当院でも検査可能ですが、事前診察の回数が増えたり、
 リハビリの開始時期が遅くなる場合があります。

☆ 投薬状況