

～ 心臓リハビリテーション外来申込方法・FAX申込書 ～

心臓リハビリテーション外来の申込手順は3つです。

① **【対象の確認】** 心臓リハビリの対象者であることをご確認ください。

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> 急性心筋梗塞後
<input type="checkbox"/> 狭心症後
<input type="checkbox"/> 大血管疾患(大動脈解離・大血管術後)
<input type="checkbox"/> 慢性心不全
(BNP 80pg/mL以上、またはNT-proBNP 400pg/mL以上、またはLVEF 40%未満)
<input type="checkbox"/> 末梢動脈閉塞性疾患(間欠性跛行がある場合のみ) |
|---|

注意：以上のどれかに該当しない場合は心臓リハビリは実施できません。

② **【必要書類】** 以下2点をFAXにて当院地域医療連携係にご送信ください。郵送でも構いません。

1. FAX申込書(本用紙1枚) ※この用紙をそのままFAX申請書としてご送信ください。
2. 現病歴、検査結果、投薬情報が記載された書類 ※書式は問いません。

③ **【受診予約確認表】**

当院より受診予約確認表をFAXにて返送いたしますので患者様にお渡し頂き、予約日に当院の7番窓口「紹介状を持参された方へ」にお越しいただくようご案内ください。外来新患枠での受診となります。紹介された患者様が来院されましたら受診報告書をFAXさせていただきます。

受診当日は医師の診察後、リハビリテーション室にて担当より説明があり、次回の予約を取って終わりとなります。リハビリや検査の料金については当院ホームページまたはパンフレットに記載されていますのでご覧ください。

直通FAX：0155-22-6620 (受付時間 平日8:30～16:30 第1/3土曜日8:30～11:30)

帯広協会病院 地域医療福祉連携室
循環器内科 心臓リハビリ担当医 殿

●受診希望日(平日午前中のみ)

- いつでも良い
月曜 火曜 水曜 木曜 金曜
希望日指定 第一希望 [月 日]
第二希望 [月 日]

●患者情報

医療機関名
主治医名
電話番号

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