

# 呼吸リハビリ入院申込書・情報提供書

十日町病院地域医療連携室 行

FAX送信日 令和\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

FAX 025-757-5699

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

希望入院月日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 \_\_\_\_\_曜日（1週間程の入院）

※ 希望日については、7日程先の月～金の月日で記入をお願い致します。

フリガナ		性別
患者氏名		男・女
生年月日	大・昭・平・令 _____年_____月_____日	歳
現住所		
電話番号	( _____ ) _____	

病名 1 肺気腫                      2 気管支喘息                      3 慢性気管支炎 4 陳旧性肺結核                5 気管支拡張症                      6 その他
呼吸不全の程度 1：同年齢の健康者と同様の労作ができ、歩行、階段の昇降も健康者並にできる。 2：同年齢の健康者も同様に歩行できるが、坂、階段は健康者並にできない。 3：平地さえ健康者並に歩けないが自分のペースでなら 1.6km 以上歩ける。 4：休みながらでなければ 50m 以上歩けない。 5：会話、着物の着脱も息切れがする。息切れのため外出ができない。
経過、内服、その他など

※後日、予約案内票をFAXにて返送いたしますので、患者様へ御渡し下さい。

※来院の際は、内科の外来窓口で、この用紙のコピーと予約票を添えてお申し付け下さい。

また、**保険証** **お薬手帳** を忘れずにお持ち下さいますようお願い致します。