**呼吸リハビリ入院申込書・情報提供書**

県立十日町病院　患者サポートセンター行　　　 　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します。

R3.４