



愛心メモリアル病院 代表FAX 011-752-1058

* お手数ながら、ご記入うえ上記番号にFAX送信お願い申し上げます。

心臓リハビリテーション申込書

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

<p>当施設[送信先]</p> <p>愛心メモリアル病院</p> <p>院長 岡本 洋</p> <p>TEL : 011-752-3535 (代表)</p> <p>FAX : 011-752-1058 (代表)</p>	<p>貴施設[送信元]</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>医師氏名 _____ 先生</p> <p>TEL : () —</p> <p>FAX : () —</p>
---	---

【患者基本情報】

フリガナ		性別	住所	〒
患者氏名		男		
生年月日	年 月 日生	女	電話番号	() —

【疾患情報】

1. 心不全の重症度分類であるNYHA (New York Heart Association) 分類は何度でしょうか。
該当するものにマルをお付けください。

I 度 ・ II 度 ・ III 度 ・ IV 度

2. 心不全の原疾患は何でしょうか。

#1

#2

<備考> 他に何かございましたら、ご記載ください。