

FAX送信先：022-236-5920

令和 年 月 日

呼吸器リハビリテーション申込書（外来）

東北医科薬科大学 若林病院

地域医療連携・相談室

TEL：022-236-5899

紹介元医療機関

医療機関名

TEL

医 師 先生

FAX

フリガナ

明・大・昭・平・令

患者氏名 様（男・女） 生年月日 年 月 日 才

住所

病名 （判明している範囲で結構です）

☐ COPD

☐ その他

紹介目的（ご希望を記入下さい）

☐ 診断

☐ 治療

➤ 呼吸リハビリテーション

➤ その他

現在の状態、治療内容など

紹介にあたってご要望（予約希望日など）がありましたらご記載ください