心臓リハビリテーション外来 FAX申込書

FAX申込日　　　　　年　　　月　　　日

送信先：北海道中央労災病院 医療機関名：

地域医療連携室 所在地：

直通FAX：0126-22-7771 TEL：

FAX：

医師名：

**患者情報**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 | 男 ・ 女 | 年齢 | 歳 |
| 患者氏名 |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | |
| 住所 | 〒 | 自宅電話 | ( ) － | | |
| 携帯電話 | ( ) － | | |

**当院受診歴**

* 無
* 有　（診察券番号：　　―　　　　　―　　 ）※わかりましたら御記載ください
* 不明

**受診希望日** (心臓リハビリ外来は毎週水曜日の14時～16時です)

* 無
* 有　　第一希望　　　月　　日、第二希望　　月　　日、第三希望　　月　　日

**受診不都合日**

* 無
* 有　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**紹介目的**

* 心臓リハビリ希望 (心エコー、心肺運動負荷試験(CPX)などの検査も含みます)

□　当院リハビリ室で希望

□　近隣スポーツ施設で希望

□　当院での検査結果により、心臓リハビリ外来で相談

□　心エコー、心肺運動負荷試験による評価のみの希望

**疾患名**

* 慢性心不全
* 急性心筋梗塞後
* 狭心症
* 開心術後
* 大血管疾患術後 (大動脈解離、解離性大動脈瘤、大血管術後)
* 末梢動脈閉塞性疾患 (ASO)
* 胸痛や息切れ、倦怠感などの精査・評価希望
* その他　（　　　　　　 　　　　　）

※慢性心不全でBNP値が80pg/ml未満、左室駆出率(LVEF) 40%以上の場合、CPXで運動耐容能低下がない場合は、外来リハビリの保険適応とならない可能性があります。

※末梢動脈閉塞性疾患で間欠性跛行を有さない場合は外来リハビリの保険適応とはならず、在宅や近隣スポーツ施設での運動療法指導となります。

**冠危険因子 (既往歴)**

* 高血圧症　　□ 脂質異常症　　□ 糖尿病　　□ 喫煙
* 高尿酸血症　□ 慢性腎臓病 □ 肥満　　　□ 家族歴
* その他 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**当科への連絡事項** (経過などで特記すべき点がございましたら簡単に御記載ください)