

医療機器共同利用申込書

令和 年 月 日

医療法人慈風会
厚地脳神経外科病院
担当医 宛
Tel 099-226-1231
Fax 099-226-1553

[紹介医療機関]

住所

名称

医師名

厚地脳神経外科病院の受診歴
(有 無 不明)

Tel

Fax

下記患者さまについて、医療機器の共同利用を申し込みます。

| | | | |
|------|-------|------|-----|
| フリガナ | | 性別 | 男 女 |
| 患者氏名 | | | |
| 生年月日 | 年 月 日 | 歳 | |
| 住所 | | 電話番号 | |

| | |
|---------|----------|
| [傷病名] | [依頼目的] |
|---------|----------|

検査日 令和 年 月 日

検査種 MRI CT

検査部位 頭部 頸部 脊椎 胸部 腹部 骨盤
その他 ()

MRI検査の場合 心臓ペースメーカー(有 無)
体内金属 (有 無)
閉所恐怖症 (有 無)

画像提供方法はCD-R/DVD-R でのご提供となります。Windows端末でご参照ください