

# 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

[ 紹介医療機関 ]

担当医 宛

Tel 099-226-1231

Fax 099-226-1553

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