

# 医療機器共同利用申込書(MRI検査用)

依頼日 年 月 日

紹介元医療機関名					<b>検査予約日</b>				
所在地					第一希望	年	月	日	曜日
電話番号		FAX							
担当医師名					第二希望	年	月	日	曜日
								時	分

## 患者情報記入欄

<b>依頼患者名</b>		性別	生年月日
フリガナ		男・女	M・T・S・H・R
氏名			年 月 日(満才)
住所	〒		電話番号( ) -

## 主訴

## 検査依頼目的

--	--

感染症 有・無 ( HB抗原・HCV・ワ氏 )      薬剤アレルギー 有・無 ( )

ペースメーカー装着 有・無      妊娠 有・無      体内金属 有・無

※MRI検査を受けられる方におきましては別紙の同意書が必要となります。

## 検査項目記入欄

<b>検査依頼</b>	<b>MRI検査</b>	
<b>検査部位</b>	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 脊椎 ( 頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 )
	<input type="checkbox"/> 頭部 + MRA	<input type="checkbox"/> 骨盤
	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 四肢 ( )
	<input type="checkbox"/> 顔面骨 ( 眼窩 ・ 副鼻腔 )	<input type="checkbox"/> 下腹部 ( 子宮 ・ 卵巣 )
	<input type="checkbox"/> その他 ( )	

## 検査結果 (検査結果は郵送にてお送り致します)

納品期日	通常 (平日で一週間後に到着) ・ 至急 (CD-Rのみのお渡し。平日で2、3日程で到着)
納品形態	<input type="checkbox"/> CD-R、レポート <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> レポート

お問い合わせ



医療法人社団 東京ハートサミット  
**東京心臓不整脈病院**  
 Tokyo Heart Rhythm Hospital

TEL:03-3638-2301 FAX:03-3638-2305

予約受付時間

平日(月～金曜日) 8:30～17:00