

# 医療機器共同利用申込書（超音波検査用）

依頼日 年 月 日

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

## 患者情報記入欄

依頼患者名		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

検査項目記入欄	
検査依頼	超音波検査
検査部位	<input type="checkbox"/> 心臓（経胸壁） <input type="checkbox"/> 頸部（頸動脈 ・ 甲状腺）

## 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