

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
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

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

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 ()
-----	--------------------------	---------	---------

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 <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