

# 医療機器共同利用申込書（検査依頼票）

送付先

医療法人社団中正会 中林病院 宛

TEL 0799-42-6200

FAX 0799-42-6203

申込日

医療機関名

電話番号

FAX番号

ご担当者名

令和 年 月 日

下記患者様について、医療機器共同利用を申し込みします。

ふりがな		生年月日
患者氏名	男・女	年 月 日 ( 歳)
住所	〒 —	電話番号 — —

検査希望日	第1希望 月 日 時頃	第2希望 月 日 時頃
-------	-------------	-------------

依頼項目へチェックを入れてください。

検査種類	<input type="checkbox"/> MRI 読影： <input type="checkbox"/> 不要・ <input type="checkbox"/> 必要	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 脳血管 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 四肢 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> CT 読影： <input type="checkbox"/> 不要・ <input type="checkbox"/> 必要	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 ( <input type="checkbox"/> 上腹部・ <input type="checkbox"/> 下腹部) <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 四肢 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ 読影： <input type="checkbox"/> 不要・ <input type="checkbox"/> 必要	<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> MLO <input type="checkbox"/> 2方向 ※ マンモグラフィの読影は検診読影となります
	<input type="checkbox"/> 骨密度	<input type="checkbox"/> 腰椎・大腿骨
	検査内容について（詳細部位など）	

読影を依頼する場合は必要な項目となりますので詳細にご記入願います。

傷病名	
既往歴及び家族歴	
症状経過及び検査結果	
経過及び現在の処方	

画像データDVD	<input type="checkbox"/> 後日郵送 <input type="checkbox"/> 持ちかえり
----------	--

※ 医療機器共同利用には契約が必要となります。

※ 依頼者様で患者への自己負担金の請求と検査・診断に関わる保険請求を行ってください。