

FAX : 072-464-7163

佐野記念病院 脳動脈瘤スクリーニング担当（地域連携室） 宛

## 脳動脈瘤/頸動脈狭窄スクリーニング 検査申込書

記入日 年 月 日

|                  |                |        |                                 |   |    |     |      |   |   |
|------------------|----------------|--------|---------------------------------|---|----|-----|------|---|---|
| お申込されるご代表者様      | フリガナ           |        |                                 |   |    |     |      |   |   |
|                  | 氏名             |        |                                 |   |    |     |      |   |   |
|                  | 事業所名<br>医療機関名  |        |                                 |   |    |     |      |   |   |
|                  | 連絡のつく<br>お電話番号 |        |                                 |   |    |     |      |   |   |
|                  | FAX 番号         |        |                                 |   |    |     |      |   |   |
| 検査を受けられる方（何名でも可） | ①              | フリガナ   |                                 |   | 性別 | 男・女 |      |   |   |
|                  |                | 氏名     |                                 |   |    |     |      |   |   |
|                  |                | 生年月日   | 年                               | 月 | 日  |     |      |   |   |
|                  |                | 住所     |                                 |   |    |     |      |   |   |
|                  |                | 電話番号   |                                 |   |    |     |      |   |   |
|                  |                | 希望の検査  | 脳動脈瘤（MRI） ・ 頸動脈狭窄（MRI・エコー） ・ 両方 |   |    |     |      |   |   |
|                  |                | 検査希望日時 | 第一希望                            | 年 | 月  | 日   | 第二希望 | 年 | 月 |
|                  | ②              | フリガナ   |                                 |   | 性別 | 男・女 |      |   |   |
|                  |                | 氏名     |                                 |   |    |     |      |   |   |
|                  |                | 生年月日   | 年                               | 月 | 日  |     |      |   |   |
|                  |                | 住所     |                                 |   |    |     |      |   |   |
|                  |                | 電話番号   |                                 |   |    |     |      |   |   |
|                  |                | 希望の検査  | 脳動脈瘤（MRI） ・ 頸動脈狭窄（MRI・エコー） ・ 両方 |   |    |     |      |   |   |
|                  |                | 検査希望日時 | 第一希望                            | 年 | 月  | 日   | 第二希望 | 年 | 月 |
|                  | ③              | フリガナ   |                                 |   | 性別 | 男・女 |      |   |   |
|                  |                | 氏名     |                                 |   |    |     |      |   |   |
|                  |                | 生年月日   | 年                               | 月 | 日  |     |      |   |   |
|                  |                | 住所     |                                 |   |    |     |      |   |   |
|                  |                | 電話番号   |                                 |   |    |     |      |   |   |
|                  |                | 希望の検査  | 脳動脈瘤（MRI） ・ 頸動脈狭窄（MRI・エコー） ・ 両方 |   |    |     |      |   |   |
|                  |                | 検査希望日時 | 第一希望                            | 年 | 月  | 日   | 第二希望 | 年 | 月 |

※4名以上の場合は、この用紙をコピーしてお使いください。

※改めて、担当者より代表者様宛にご連絡を申し上げます。

※検査はおおむね、金曜日（12時以降）および土曜日（9時～）です。また、頸動脈エコーがある場合は原則金曜日です。検査希望日時は、ご希望に添えない場合がありますのでご了承ください。