

(本院以外用)

		受付年月日	受付番号

Ai（死亡時画像診断）検査申込書

社会保険田川病院長 殿

施設名

(医師又は委託者) 名

印

住所

電話

下記のとおり Ai（死亡時画像診断）検査を申し込みます。

記

- 1 氏名 _____
- 2 性別 男・女
- 3 生年月日 M・T・S・H 年 月 日
- 4 年齢 _____ 歳
- 5 撮影部位 全身 その他（具体的に）

- 6 検査の理由又は臨床経過、死亡前後の状況等（具体的に）

- (注1) 施設名、医師（又は委託者）住所、電話番号の記入をして下さい。
- (注2) 来院時の付添は2人以上でお願いします。（ご遺体は、帽子・マスクの着用をお願いします。）
- (注3) 申込者に依頼料金の5万円＋消費税を請求させていただきます。
- (注4) 得られた医療情報の個人情報については秘密が守られます。
- なお、匿名化したデータは今後の医学・医療の発展のため利用させていただきます。