

日本脊椎脊髄ドック協会 入会申込書(施設会員用)

申込日	年 月 日
-----	-------

医療機関名	
住所・連絡先	〒 都・道・府・県 区・市・郡 電話番号: FAX 番号: メールアドレス:

1. 施設概要並びにドック内容・料金（将来の予定でも可。予定の場合は、(予定)と付記願います。）

施設形態	1.病院 2.診療所 3.その他()
------	---------------------

施設責任者	氏名 日本脊椎脊髄ドック協会の 会員である ・ 会員ではない
-------	-----------------------------------

脊椎ドック実施に関する責任医師	氏名 専門医・認定医資格 _____ _____ _____ 日本脊椎脊髄ドック協会の 会員である ・ 会員ではない
-----------------	--

脊椎ドックに使用する設備	脊椎ドックに使用する MRI・CT・レントゲン装置		
	メーカー	機種名	磁場強度・列数
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

	その他、所有している設備
--	--------------

脊椎ドックの 検査項目と 料金	脊椎ドックの検査項目	脊椎ドック料金
	1. _____	¥ _____
	2. _____	
	3. _____	
	4. _____	
	5. _____	
	オプション検査	オプション検査料金
	6. _____	¥ _____
7. _____	¥ _____	
8. _____	¥ _____	

2. 実施実績

脊椎ドック 開始日	年 月 日
受診者数	過去1年間の脊椎ドック受診者数 人

3. 実施内容

脊椎ドックの MRI 撮像法	MRI 撮像法 (○を記入) 1.T1 強調画像 2.T2 強調画像 3.その他()
-------------------	---

脊椎ドックの 画像診断	脊椎ドックにおける画像診断方法 (○を記入) 1.電子画像(モニター)診断 2.フィルム画像診断 3.その他()
----------------	---

【提出資料】

1. 入会申込書(施設会員用) (申込書用紙は、当ページのフォームを印刷してご使用ください。)
 2. 施設責任者並びに脊椎ドック実施責任者の略歴書
 3. 脊椎ドックにおける椎間板ヘルニア、脊柱管狭窄症、脊椎圧迫骨折のそれぞれのMRI、CT、X線一般撮影の撮影画像ならびに撮像条件(各1例)
 4. 脊椎ドックの検査結果報告書(上記3疾病の各1例)
- 注) 上記資料においては個人情報取扱いに留意いたします。

【入会申込書類の提出先・お問い合わせ】

<事務局>

〒480-0102 愛知県丹羽郡扶桑町大字高雄字郷東 41

医療法人全医会 伊藤整形・内科 あいち腰痛オペクリニック

担当：荒井、磯谷

電話(0587)92-3388 FAX(0587)92-3304