

FAX : 045-594-9291



医療機器賃貸・データ解析依頼書

version 2023-12

依頼者(医療機関名) 住所 TEL 医師名	機器名	<input type="checkbox"/> PG (簡易)検査
		<input type="checkbox"/> PSG (精密)検査
	検査依頼日	西暦 年 月 日
	機器引渡希望日	西暦 年 月 日

下記被検者が使用する上記医療機器を賃貸し、検査、データ解析、報告書作成業務を依頼します。

患者ID				連絡希望時間	<input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 夕方 <input type="checkbox"/> いつでもいい			
携帯番号				次回来院予定	西暦	年	月	日
ふりがな			性別	生年月日	西暦	年	月	日
氏名	氏	名	男 女	身長	cm	体重	kg	
ESSテスト点数	点			血圧	/	合併症		
PG検査結果(RDI)				検査機器送付場所： <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> その他(以下に入力ください)				
住所	〒			送付住所				
住所1				住所2	ビル・マンション名			

【同意事項】 ※必ずご一読のうえ、ご署名ください。

- ① 本機器の使用に関しては医師の指示並びに取扱説明書及び添付文書に従い、正しく使用します。
- ② 本機器の使用場所の変更、使用の中断をする場合はその旨を報告します。
- ③ 本検査の終了後、必ず本検査終了日にゾーン株式会社へ本機器の返却手続きを行います。
- ④ 本機器の破損・紛失・返却遅延・不適切な使用などの場合、医療機関または機器管理者に対して損害賠償の責任が発生する可能性について理解しました。
- ⑤ 個人情報の取り扱いについて 上記医療機関及びゾーン株式会社が、本機器の引き渡し、回収、解析、検査結果の報告等の過程で知りえた個人情報を本検査の業務内において使用することを認めます。

私は上記①～⑤の記載項目を遵守、同意して、ゾーン株式会社の医療機器を借用し、本機器による検査・データ解析処理等を受けることに同意します。

同意日	西暦	年	月	日	ご署名	印
-----	----	---	---	---	-----	---

受託者 **ゾーン株式会社** 【機器返却先】  
〒222-0033 神奈川県横浜市港北区新横浜3-19-5  
新横浜第二センタービル6F  
TEL: 050-5497-9900 FAX: 045-594-9291

なお、ゾーン(株)は一部の業務をその責任において外部委託することがあります。