

ペースメーカー・ICDへの電磁的影響調査依頼書(個人様向け)

MGワークベストの性能表や当社ホームページで不明な機器について調査を依頼したい方は本書をコピーし、下記にご記入の上、当社「MGワークベスト」サポート係までFAX(0725-53-5337)にてお送りください

製品製造番号		申込年月日	年	月	日
--------	--	-------	---	---	---

※ペースメーカー・ICD情報は患者様からのご相談の際に重要です。内容はペースメーカー

■ペースメーカー・ICD情報記入欄 ・ICD手帳に書かれておりますが、ご不明の場合は担当医に記入を依頼してください。

病院名			科 名		医師名	
病 名			自己心拍	1. あり 2. なし	自発レート	回/分
PM・ICD情報	製造会社		製品名		型 式	
PM・ICD設定	モード		基本レート	回/分	埋め込み日	年 月 日
A心房リード設定	電 圧	V	パルス幅	ms	極 性	1. Uni 2. Bi
V心室リード設定	電 圧	V	パルス幅	ms	極 性	1. Uni 2. Bi

※ICDの各種設定は Brady pacing 機能の設定をご記入ください。

■お客様情報欄記入

お申込者	フリガナ		印	TEL	() -
	お名前			E-mail※	
	ご住所	- 都道府県 市・郡 区町村		※上記 E-mail は利用可能な方のみ記入してください。	
ご使用者	フリガナ		← ご使用者を必ずご記入下さい。お申込者とご使用者が同じ場合は、「同上」とお書きください。		
	お名前				
	性 別	男 ・ 女			

※PM・ICDへの電磁的影響を心配している機器ごとにご記入ください。

機器の種類(無線機、エンジン等)	メーカー名	品名	型番	使用状況(どのような状況で使用するのかご説明ください。)