

年 月 日

【超音波】 オープン検査依頼票(診療情報提供書兼用)

えびえ記念病院

医療機関名:

臨床検査科 行

所在地:

TEL:06-6458-7171

医師名:

印

TEL:

○事前に診療録の準備をさせていただきます、患者情報をご記入ください。

フリガナ		性別	生年月日	
患者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日( 歳)
住所	〒		連絡先	

検査日	年 月 日 ( ) 時 分~			
報告書と画像	<input type="checkbox"/> 郵送		<input type="checkbox"/> 本人お渡し	
画像	<input type="checkbox"/> CD作成		<input type="checkbox"/> プリント	

検査部位	<input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 乳房 <input type="checkbox"/> 血管( ) <input type="checkbox"/> その他( )			
------	---	--	--	--

〈検査依頼目的〉

※上記にない部位や特別な指示については、必ずこちらにご記入をお願いします。

---

---

〈注意事項〉

腹部エコーの場合は、検査前5時間前は食事しないようにお願いします。

※検査の詳しい内容は予約時に検査科スタッフよりご説明いたします。