

超音波検査申込書(兼 診療情報提供書)

紹介先医療機関名

函館市医師会病院

担当医

放射線科

市村 健 先生

御机下

紹介元医療機関の所在地

名称 (電話番号)

医師名

⑩

患者氏名	様	性別	男 ・ 女			
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	年	月	日 (歳)		
傷病名						
検査日時	年	月	日	AM ・ PM	時	分

※検査項目はいずれか1つに○印をつけてください

検査項目	腹部 ・ 腎動脈 ・ 下肢静脈 ・ 頸動脈	
【 病歴 ・ 検査目的 】		
<input type="checkbox"/>	スクリーニング	
<input type="checkbox"/>	具体的指示	
重点ポイント		
腹部 (肝 ・ 胆 ・ 膵 ・ 脾 ・ 腎 ・ 副腎 ・ 大動脈 ・ その他)		
<input type="checkbox"/>	頭頸部既往歴	無 ・ 有 (病名:)
<input type="checkbox"/>	頸部ステント	無 ・ 有