

超音波検査依頼票 兼 診療情報提供書

济生会加須病院 内科担当医 宛

記載日

年

月

日

济生会加須病院

〒 347-0101

埼玉県加須市上高柳1680番地

TEL : 0480-53-7024

FAX : 0480-53-7262

紹介元医療機関名

住所

TEL :

FAX :

医師名

印

当院受診歴 有 無 不明

当院ID

フリガナ

患者氏名

男 女

生年月日

西暦 大正 昭和 平成 令和

年 月 日 () 歳

住所 〒

TEL :

検査目的 (主訴・病歴・傷病名・家族歴・検査結果)

慢性肝障害 (疑い含む) の有無

有

無

現在の処方

ご希望の検査に✓をお願いします。

検査項目	検査部位
<input type="checkbox"/> 腹部超音波	<input type="checkbox"/> 肝臓・胆嚢・膵臓・脾臓・腎臓 <input type="checkbox"/> 肝臓・胆嚢・膵臓・脾臓・腎臓・膀胱・前立腺
<input type="checkbox"/> 頸動脈超音波	
<input type="checkbox"/> 甲状腺超音波	

一部コピーをお取りいただき貴院様控えとして下さい。