

情報提供書（兼 超音波検査依頼書）

フリガナ		医療機関名
患者様氏名	様	
生年月日	年 月 日 (歳)	御住所
性別	男 ・ 女	電話
当院診察券番号	有 () ・ 無	F A X
検査日時	年 月 日 時 分	御担当医

検査結果報告方法 ※検査結果報告方法は必ずご記入お願いします。

結果返信方法	チェック
当日検査結果をファックスする。+ 後日結果を郵送する。	<input type="checkbox"/>
当日結果を患者さんに渡す。	<input type="checkbox"/>
後日結果を郵送する。	<input type="checkbox"/>

※エコー画像は基本CD-ROMにてお渡し致しますが、フィルムでお出しする事も可能です。
エコー画像をフィルムでご希望の場合は検査予約時にお申し付け下さい。

ご依頼検査項目

(ご依頼検査項目にチェックをお願いします。)

検査項目	検査内容	チェック
体表超音波検査	乳腺超音波検査 (乳腺良・悪性腫瘍、腋窩リンパ節)	<input type="checkbox"/>
	甲状腺検査 (バセドウ病、慢性甲状腺炎など)	<input type="checkbox"/>
血管超音波検査	頸動脈超音波検査 (内頸動脈狭窄、閉塞など)	<input type="checkbox"/>
	下肢動脈超音波検査 (A S O、急性動脈閉塞など)	<input type="checkbox"/>
	下肢静脈超音波検査 (D V T、静脈瘤など)	<input type="checkbox"/>
心臓超音波検査	経胸壁心臓超音波検査 (虚血性心疾患、心臓弁膜症など)	<input type="checkbox"/>
腹部超音波検査	上下腹部超音波検査	<input type="checkbox"/>
	泌尿器超音波検査 (腎臓・膀胱腫瘍、残尿測定など)	<input type="checkbox"/>
その他超音波検査	関節超音波検査 (滑膜炎、滑液包炎など)	<input type="checkbox"/>
	表在超音波検査 (リンパ節、ガングリオン、軟部腫瘍など)	<input type="checkbox"/>

ご依頼検査目的 ※検査目的は必ずご記入お願いします。

【検査目的】
【臨床所見・既往】

医療法人財団謙仁会亀有病院
予約センター電話番号直通

代表 03-3601-0371
FAX 03-3601-0186
03-3604-5518