

# 診療情報提供書 兼 超音波検査申込書

患者氏名
生年月日 年 月 日 ( 歳)
予約日時【電話 03-6453-7306 でご予約ください】
月 日 ( ) 時 分

## 腹部の検査をお受けになる方の注意事項

食事・飲み物 : 検査時刻の6時間前までにお済ませください。

トイレ : 尿が溜まった状態での検査が望ましいです。

下記に臨床情報と検査目的など御記載ください

【検査部位】 ○で囲んでください (1検査1部位でご依頼ください。)				
頸動脈 ・ 甲状腺 ・ 腹部 (消化器領域) ・ 腹部 (腎、泌尿器領域)				
【現病歴・主訴】				
【検査目的】				
検査指示医師名				
紹介元 医療機関名		住 所		電 話