

超音波検査 依頼伝票

岡谷市民病院

患者番号

予約日

年 月 日 時 分

氏 名

前回実施日

年 月 日

生年月日

施設名
依頼医名

[]内の検査部位に○印をつけてください。

01 腹 部	[腹部、 泌尿器、]
02 心 臓	[心臓(大人)、 心臓(小児)] 身長 cm、 体重 kg
03 体 表	[乳腺、 甲状腺、 頸部リンパ節、 耳鼻科領域、 表在腫瘍、]
04 血 管	[頸動脈、 腎動脈、 下肢動脈、 下肢静脈、 透析シャント、]
00 上記以外	[]応相談

「検査依頼内容」 臨床診断・所見・部位

