

(患者様用)

超音波検査を受けられる方

予約日時 : 月 日 () :

- (1) 検査には、約15～30分程度かかります。超音波は侵襲性がなく安全です。安心してお受け下さい。
- (2) 検査の都合上、午前中検査の方は朝食を、午後から検査の方は昼食をとらないでください。
(甲状腺の方は食事をしても結構です。)
- (3) 腎、泌尿器、骨盤腔の検査の方は排尿せずに、尿は貯めておいて下さい。
- (4) 検査予定時間より開始が遅れる場合がありますので、ご了承下さい。
- (5) 検査予約日に来院できないときは、受診されている病(医)院までご連絡ください。

検査当日は予約時間30分前にお越しください。

- 1. 1階 初診受付 にて受付登録します。
保険証・紹介元で預かった書類をお出してください。
当院の診察券をお持ちの方は、その際にお出してください。
- 2. 終了後 1階 放射線科受付 までお越しください。
- 3. 検査室へご案内いたします。

検査日 : 月 日 () :

超音波検査依頼伝票 依頼施設名

依頼医師名

氏名	:	
フリガナ	:	
生年月日	:	昭和・平成 年 月 日
性別	:	男・女

患者状態	:	<input type="checkbox"/> 歩行	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> ストレッチャー・ベッド
体位変換	:	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	
既往手術歴	:	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	手術部位 ()

検査部位	:	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤
		<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> 血管系		
		<input type="checkbox"/> その他	()
		特に検査を希望する部位	()

臨床診断と検査目的	(診療情報提供書に記入していただければこの欄は空白で結構です)
-----------	---------------------------------