

(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 分～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下さい。(甲状腺の方は食事をして結構です。)
- (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) 検査予約日に来院出来ない時は、受診されている病(医)院までご連絡下さい。

検査当日は予約時間 30 分前にお越し下さい。

1. 1階 地域医療連携室 にて受付登録をします。

保険証・紹介先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 までお越し下さい。

3. 検査室へご案内いたします。

JCHO 埼玉メディカルセンター 048-832-4951

(旧 埼玉社会保険病院)

検査日 : 月 日

超音波検査依頼伝票

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・ベット
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)