

超音波検査依頼伝票

患者ID

氏名

生年月日

性別

男

年齢

才

女

	予約時間	:		
検査日	年	月	日	曜日
身長	cm	体重	kg	
依頼病院名				

*依頼項目に○をつけて下さい。

*当日検査の混雑状況により予約時間より遅れる場合がございます。

【検査項目】

超音波検査	心臓超音波				
	体表超音波	乳房	甲状腺	頸部	唾液腺
	腹部超音波	上腹部エコー		腎・泌尿器エコー	

【臨床診断・検査目的】