

超音波検査依頼伝票

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

患者ID

氏 名

生年月日

年齢

才

性 別 男 女

* 依頼項目に○をつけてください。

【検査項目】

* 当日は検査の混雑状況により、ご予約の時間より遅れる場合がございます。

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】