

令和 年 月 日

超音波予約依頼書 満16歳高校生以上対象  
(診療情報提供書兼用)

大阪府済生会茨木病院

地域医療連携室 行

TEL 072-622-9399(直通)

FAX 072-622-8748(直通)

TEL 072-622-8651(代表)

医療機関名

医師名

TEL

FAX

フリガナ			男・女
氏名	(姓)	(名)	
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日生 (才)	
住所	〒 TEL ( )		

記号		負担者番号									
番号		受給者番号									
保険者番号										資格取得	
被保険者名		本人・家族								有効期限	
資格取得										負担割合	割
有効期限										★保険証のコピーをFAXでお送りいただく場合は、保険情報の記入は省略していただいても結構です。	

【お願い】

- ・事前にカルテを準備いたしますので、保険情報は必ずご記入下さい。
- ・お手数ですが、保険証・医療証等は来院時に再度原本にて確認をさせていただきます。
- ・検査予約日は、なるべく早くFAXにてお知らせ致します。延滞の場合はお問合せ下さい。
- ・検査・予約等、ご不明な点がございましたら地域医療連携室までお問合せ下さい。

1. 希望検査項目

超音波(腹部・心臓・頸動脈・血管・表在・甲状腺)・ABI
------------------------------

2. 患者様の状態

病名・臨床症状・検査目的など

--

その他

腹部	<input type="checkbox"/> 上腹部痛	<input type="checkbox"/> 下腹部痛	<input type="checkbox"/> 右季肋部痛	<input type="checkbox"/> 腹部膨満
	<input type="checkbox"/> 貧血	<input type="checkbox"/> 食思不振	<input type="checkbox"/> 体重減少	
心臓	<input type="checkbox"/> 心電図異常	<input type="checkbox"/> 胸部不快感	<input type="checkbox"/> 動悸	<input type="checkbox"/> 心雑音

3. 希望検査日 ご希望の検査日を、第3希望までご記入下さい。

検査実施日 (月～金 14:00～17:00・土 9:00～12:30)  
(当日・午前をご希望の場合も、なるべく調整させていただきます。)  
※腹部超音波の場合、検査前6時間程度の絶食が必要となります。  
※心臓超音波の場合、同時に心電図の記録も行わせていただきます。

第1希望	月	日 ( )
第2希望	月	日 ( )
第3希望	月	日 ( )