

超音波検査予約申込書《心臓/頸動脈用》

※ 時間外・休日の送信分につきましては、翌日(祝日除く)のご連絡となります

《 紹介患者情報 》

<フリガナ>

患者氏名： _____ 様

生年月日：明・大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日

性別： 男性 ・ 女性

TEL 番号：

住所： 〒

《 紹介元情報 》

<フリガナ>

医療機関名：

所在地： 〒

TEL 番号：

FAX 番号：

診療科：

科

ご担当医師名：

印

※ 検査レポートは、出来次第 郵送致します。 検査当日のお渡しは出来ません。

※ CD での画像の書き出しは致しません。

《 検査区分 および 検査予定日 》

心臓超音波検査

< 実施曜日 月・火・木・金 >

月 日 () 13:00

頸動脈超音波検査

< 実施曜日 火 >

月 日 (火) 11:10

《 心臓超音波検査 検査目的 》

- スクリーニング
- 心房細動
- 陳旧性心筋梗塞
- 肥大型心筋症
- 拡張型心筋症
- 弁膜症() 術後
- 心房中隔欠損症 術後
- 心室中隔欠損症 術後
- その他()

《 頸動脈超音波検査 検査目的 》

- 動脈硬化の有無
- 頸動脈狭窄の有無
- CT・MRIで所見あり()
- その他()
- < 既往歴 >
- 脳梗塞 高血圧 糖尿病
- 脂質異常症
- その他()

《 備考・特記事項 》
