令和　　　年　　　月　　　　日

**阿南病院超音波検査依頼書 兼 診療情報提供書**

**依頼医療機関名**

**医 師 名　　　　　　　　　　　　　㊞**

１．患者情報　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※署名または記名押印をお願いします

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 阿南病院　Ｉ　Ｄ  （お持ちの場合） | |  | | | |
| ふりがな |  | | | | |
| 名前 |  | | | | |
| 性別 | 男　　・　　女 | | 生年月日 | | 年　　　月　　　　日 |
| 電話番号 | 連絡がつく番号を記入 | | | その他連絡先（必要な場合） | |
|  | | |  | |
| 住所 | 〒 | | | | |

２．検査依頼内容

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 検査種 | 心臓　　　・　　腹部　　　・その他　（　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 予約日時 | 指定日あり | 令和　　年　　月　　日（　）　　時　　分～ | 指定日なし | 本日　　明日　　2-3日中　　１週間以内　　　　　１週間以上先でもいい　 患者さんの都合でよい |
| 部位等  指示詳細 |  | | | |
| 検査目的  （必ずご記入ください） |  | | | |
| 既往歴, 家族歴, 症状経過, 治療経過, 現在の処方等 | （必要に応じて ご記入ください） | | | |
| 備　考 | ism-Link参照 | | | |

※　基本的に当院の標準的方法で検査を行います。なお、特別な指示等がある場合は、部位等指示詳細へ記入願います。

※　本検査依頼書をＦＡＸしていただき、送った旨のTELをお願いします。

　　FAX:0260-22-2131 TEL:0260-22-2121 地域連携室（内線:372）

※　心臓・腹部・その他（甲状腺・乳腺・表在・頸部血管など）の検査予約時間は平日 ８：３０～１５：３０の間となります。