

超音波検査申込書(FAX予約用)

フリガナ

患者氏名

男・女

生年月日

T・S・H・R

年

月

日

①検査部位 *該当する検査項目に1つにチェックを入れて下さい。

 心エコー 腹部エコー 甲状腺エコー

各種血管エコー

 下肢動脈エコー 下肢静脈エコー (DVT) 下肢静脈エコー (Varix)

 頸動脈エコー

②検査目的:症状など

医療機関名

紹介医

住 所

TEL

FAX

[三田市民病院記入欄]

患者ID

(

)科

先生

予約日時

月

日 ()

: