超音波検査申込書(FAX予約用)						
	フリカ゛ナ					
	患者氏名				男・女	
	生年月日	T·S·H·R	年	月	<u> </u>	
①検査部位 *	該当する検査項目に	1つにチェックを入れ	にて下さい。			
ロ 心エコー	□ 腹部エコー	□ 甲状腺エコ-	_			
各種血管エコー	_					
□ 下肢動脈エコ □ 頸動脈エコー	一 □ 下肢静脈工=	ı– (DVT)	□ 下肢静脈	エコー(V	/arix)	
│②検査目的:ଶ │	を状など					
医療機関名						
紹介医						
住 所 TEL			FAX			
	1887		177			
[三田市民病院記入 患者ID	<b>、</b> (棟)					
(	)和	4	先生	Ξ		
   予約日時	月	<b>日</b> (	)	:		