

JCHO 仙台南病院

超音波検査受託依頼 FAX受付票

年 月 日

| | |
|------------------|-----------|
| [紹介元医療機関の名称・所在地] | TEL _____ |
| | FAX _____ |
| | 医師名 _____ |

患者氏名 _____ 様 (ふりがな: _____)

性別 : 男・女 _____ 生年月日 T・S・H・R _____ 年 月 日 歳

受診希望日 (第一希望) _____ 年 月 日 () AM ・ PM _____

(第二希望) _____ 年 月 日 () AM ・ PM _____

依頼用件

- () 心臓超音波
- () 腹部超音波 → 食事の制限があります
- () 下肢静脈血栓超音波
- () 下肢動脈超音波
- () 甲状腺超音波

超音波 同月
() 回目
注) 請求時必要となりますので
ご記入願います。

※糖尿病薬をお飲みの方・インスリン注射をしている方は、先生より患者様へ
ご指示をお願い致します。また、アレルギー等ありましたらご記入ください。

| |
|------|
| 臨床診断 |
|------|

| |
|----------------------------------|
| 検査目的 |
| <input type="checkbox"/> スクリーニング |
| <input type="checkbox"/> その他 |

FAX初診受付時間 : 平日 8:30 ~16:30 受付番号 **022-306-1741**

○お忙しい中、誠に申し訳ございませんが、記入漏れのないようお願い申し上げます。
○FAXを受け取ってから空き状況を確認し、当院から予約票をFAXさせていただきます。

ご紹介ありがとうございました。

JCHO 仙台南病院

地域医療連携室

TEL 022-306-1740

FAX 022-306-1741