

JCHO 仙台南病院

超音波検査受託依頼 FAX受付票

令和 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 () PM _____

(第二希望) _____ 年 月 日 () PM _____

依頼用件

- () 心臓超音波
- () 腹部超音波 → 昼食抜きでお越しく下さい
- () 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。

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