

超音波検査受託のご案内

※ 外来を通さず検査のみを行います

実施検査項目

心臓 ・ 腹部 ・ 甲状腺 ・ 頸動脈

下肢動脈 ・ 下肢静脈 ・ CAVI・ABI



ご依頼方法

「超音波検査受託依頼 FAX受付票」を記載し、
地域医療連携室へ FAX：022-306-1741
⇒ 地域医療連携室より予約票をFAXいたします。

JCHO 仙台南病院 超音波検査受託依頼 FAX受付票	
紹介元医療機関の名前・所在地	TEL FAX 郵便番号
患者氏名	性別 () 年齢 ()
性別	生年月日
診療科目	科
依頼項目	PM
依頼要件	超音波 項目 () 項目
() 心臓超音波	() 腹部超音波 → 延長抜きでお越しください
() 腹部超音波	() 下肢静脈血栓超音波
() 下肢静脈血栓超音波	() 甲状腺超音波
() 甲状腺超音波	
※ 病院併設または提携のガイスタンプ捺印している方は、先方より患者様へご指示をお願いいたします。	
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依頼受付時間：平日 8:30～18:00 受付番号 022-306-1741	
ご依頼の際は、必ず申し込みのうえ、紹介元医療機関の印を捺印の上、お送りください。 JCHO 仙台南病院 地域医療連携室 TEL 022-306-1741 FAX 022-306-1741	

患者さんの流れ

1. 検査当日は予約時間 10分前に 1階1番窓口へ来院
2. 検査室へご案内
3. 検査
4. 検査所見書を患者様にお渡し ⇒ 帰宅 = 当院でのお会計はありません =
(検査結果の説明はご紹介元で行っていただきます)

検査費用について

患者様への窓口負担金の徴収と、診療報酬の請求は紹介元医療機関で行ってください。
➤ レセプトには必ず「JCHO 仙台南病院の機器使用」とご記入をお願いいたします。

検査費用につきましては、後日当院経理課より請求書をご郵送致します。

※ 請求方法のお問い合わせは医事課、お支払いに関しましては経理課までご連絡ください。
病院代表：022-306-1711