

診療情報提供書(心臓・腹部 超音波検査依頼書)

紹介先医療機関名
医療法人社団 東光会
一 橋 病 院
(直通FAX 042-347-3307)
(代表TEL 042-343-1311)

紹介元医療機関名

医師氏名 _____ 印

予約日時	月	日 ()	時	分
------	---	-------	---	---

フリガナ		生年月日	(大 ・ 昭 ・ 平)	年	月	日
患者名						

当院受診歴 (☐ 無し ☐ 有り ・ ID番号: _____)

検査部位 心臓 ・ 腹部 (肝臓 ・ 胆嚢胆管 ・ 膵臓 ・ 腎臓 ・ その他 ())
臨床診断
検査目的
過去の超音波検査の所見
特記事項