

腹部エコー・心エコー(+心電図) 検査依頼票

フリガナ			
氏名		男・女	年 月 日 生
住所	電話 - -		
検査希望日①	年	月	日
検査希望日②	年	月	日
紹介医療機関	(依頼医師)		
臨床診断名 主訴	検査目的		
検査項目	部位		具体的指示
腹部エコー	スクリーニング 肝臓、胆嚢、膵臓、腎臓、脾臓		
	膀胱		
	()		
	()		
	()		
	()		
	()		
心エコー+心電図			～技師通信欄～
* 診療情報提供書を持参して受診してください			

問い合わせ先 可児とうのう病院 医療連携室 電話 0574-25-3120 (直通) Fax **0574-28-6382**(直通)