超音波検査依頼票

他院様用

ID

氏　　名

生年月日

依頼施設名		
医師	看護師	
検査日　　年　　月　　日		
時間　　時　　分		

検　査　部　位	
□腹部　　□心臓　　□その他 □表在【　□甲状腺　□乳腺　□その他(　　)　】 □血管　【　□頚動脈　□下肢静脈　□その他(　　)　】	
臨床所見	
依頼内容	
その他特記事項	

担当技師＿＿＿＿＿＿＿＿

医療法人社団仁成会　　高木病院