

超音波検査申込書 (兼 検査終了報告書)

申込先医療機関名
独立行政法人 国立病院機構 新潟病院

検査依頼元医療機関名

依頼元医師名

患者様基本情報

(新潟病院患者ID :)

フリガナ		性別	生年 月日	年号
氏名				年 月 日 (歳)
住所	〒		電話	() -

検査予約日時	年 月 日 (曜日) 時 分
--------	-----------------

●希望検査項目 (希望する項目にチェックをつけてください)

- 心臓 頸動脈 下肢静脈 下肢動脈
 その他の超音波 ()

臨床診断・検査目的など (大きくはっきりとご記入お願いいたします)

- * 注意事項 *
- 1 検査部位がしやすい服装で来院してください
 - 2 腹部超音波検査を受けられる方で午前の予約の方は朝食禁・午後の予約の方は昼食禁
 - 3 その他の超音波検査については食事の制限はありません

検査終了報告 ※新潟病院記載欄	※上記にかかる検査を実施致しました。実施年月日 : 年 月 日 NHO新潟病院地域医療連携相談室
--------------------	---

* 超音波検査の結果は全て、後日貴院宛てに郵送いたします。