腹部超音波検査依頼書

年　　　月　　　日

一般財団法人竹田健康財団 竹田綜合病院

**〒**965-8585　福島県会津若松市山鹿町３番２７号

地域医療連携課　 TEL　(0242)－29－9832

FAX　(0242)－29－9803

医療機関名

臨床検査科　生理機能検査室御中　　　 所在地

医師名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患　者　氏　名 | 性別 | 生　　年　　月　　日 |
| ふりがな | 男　女 | 年　　　　月　　　　日（　　　歳） |
| 　　　　 | 連絡先　　　　　　　　－　　　　　－（自宅・携帯） |
| 住　所 |  |

下記の欄にご記入くださいますようお願いいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 竹田綜合病院受診歴 | 有　　　　・　　　　無 |
| 検　査　項　目 | * 腹部超音波検査（消化器領域）
 |
| 検　査　目　的 | * C型肝炎ウイルス排除後　肝硬変フォロ－目的
* C型肝炎ウイルス排除後　慢性肝炎フォロ－目的
* その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 検　査　予　約　日 | 年　　　月　　　日　　AM・PM　　　　時　　　分 |