

超音波検査依頼書

依頼医院名	
医師名	

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名			年 月 日生

検査予約日	年	月	日	時	分
-------	---	---	---	---	---

1. 希望検査部位 希望部位を○で囲んでください。

頸部動脈

下肢動脈

下肢静脈

2. 検査の主な目的および臨床診断 ()

臨床情報について簡単にお知らせください

--

今回の検査と同部位のCT、MRI等を施行されている場合、
フィルムや画像CDを可能であればご持参くださるようお願いします。