頸部血管超音波検査依頼書兼診療情報提供書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 紹介先医療機関名： | | 熊本地域医療センター | | | | 依頼日： | | 年　　月　　日 |
|  | 担当医　殿 | | | | | | | |
|  | | |  | |  | | | |
| 紹介元医療機関の名称： | | | | |  | | | |
|  | | | | 所在地： |  | | | |
|  | | | | 電話番号： |  | | FAX： |  |
|  | | | | 依頼医師氏名： |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名： | |  | | | | | | | | | | | | | 殿 | | | 性別： | | | | | | | | |  | | | | | |
| 患者住所： | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号： | | | |  |
| 生年月日： | |  | | | | 年 | | |  | | 月 | | |  | | 日 | | | （ | |  | | | ） | | 歳 | | | 職業： | | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | | |  | | | | | | | |  | |  |  | |  | | | | |  |  |  |  |
| 検査日 |  | | 年 | |  | | 月 | | |  | | | 日 | | | | 患者番号： | | | | | | | | | | | | | | |  |

臨床診断及び紹介目的　　　※✓印を付けて下さい

〈　既往歴　症状経過　治療経過　現在の処方　検査結果　等　〉

臨床症状　※✓印を付けて下さい

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 言葉が出にくい　手足のしびれ　立ちくらみ　めまい 一過性の片眼の急速な視力低下   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | その他 | （ |  | ） | |
|  |

* 当日検査は予約時間と、多少前後する場合があります。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 検査受付直通（月～金 8:30～18:00 土 8:30～13:00） | 電話 096-366-1323 | Fax 096-363-3416 |
| 熊本市医師会　熊本地域医療センター（代表） | 電話 096-363-3311 | Fax 096-362-0222 |