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