

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
担当医 殿

依頼日： 年 月 日

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

- 高脂血症 糖尿病 脳梗塞 意識レベル低下 失神
その他 ()

〈 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