

# 腹部・体表超音波検査依頼書兼診療情報提供書

紹介先医療機関名： 熊本市医師会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
-----	---	---	---

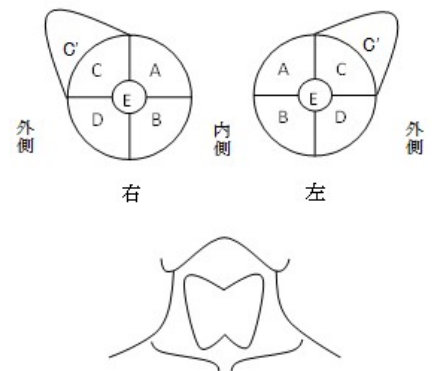
患者番号：

**検査部位** ※✓印を付けて下さい（複数部位の選択は不可です）。

- 腹 部
- 乳 腺
- 甲 状 腺
- その他の体表領域 ( )

## 臨床診断及び紹介目的

〈 既往歴 症状経過 治療経過 現在の処方 検査結果 等 〉



◇ 腹部領域の検査は、朝食抜き、又は、食後5時間以上、空けてください。

◇ 当日の検査時間は、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