

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

☐ 腹 部 + 肝線維化評価（SWE） ※下記診断名に○必須

【 慢性肝炎（MASH 等の脂肪肝炎・B 型/C 型ウイルス性肝炎等） ・ 肝硬変 ※疑われる場合も含む 】

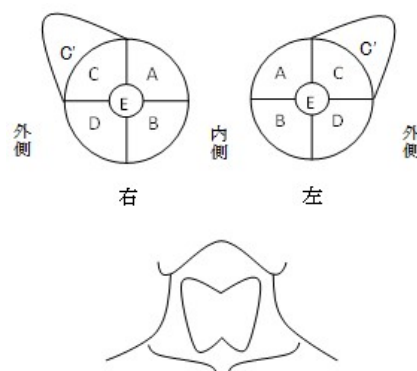
☐ 乳 腺

☐ 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 家族歴 等 〉



備考

◇ 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