

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 家族歴 等 〉

☐高脂血症 ☐糖尿病 ☐脳梗塞 ☐意識レベル低下 ☐失神

☐その他 ()

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 ()

備考

◇ 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