

腹部超音波 依頼票 兼 診療情報提供書

(エコー)

< 阪南市民病院 臨床検査室 >

医療機関名: 依頼医師: 先生

患者氏名 (カタカナでご記入ください)	生年月日
様 男・女 才	大正・昭和 年 月 日 平成・令和

希望日をご記入下さい。

第1希望 : 年 月 日 (木)

第2希望 : 年 月 日 (木)

第3希望 : 年 月 日 (木)

希望なし : (直近をご案内します)

検査範囲

消化器領域 (肝・胆・膵・腎・脾) ・ 子宮付属器 ・ 泌尿器 (膀胱、前立腺)

★子宮付属器・泌尿器の場合、尿をためた状態で撮影します。

ご依頼理由 (病歴・主な病状など)
(恐れ入りますが、できるだけ詳細にご記載ください)

☆ 注意事項

当日の午前 8時以降は絶飲・絶食でお願いします。

☆持ち物: 紹介状・保険証や医療証 (コピー不可)・診察券

- この検査は画像診断法で検査時間は約30分です。
- 体と機械の密着度を上げるためにゼリーをつけます。
- 固い機械を当てて検査するため、痛みを伴うこともあります。
- 検査を受けることで、身体に障がいを残すことはありませんので何度検査を受けても心配ありません。
- 検査に来院できない場合もしくは、予約の変更がある場合は必ず事前にご連絡ください。

社会医療法人 生長会 阪南市民病院 地域連携室 FAX 072-471-3977