検査依頼表（情報提供書）

ふりがな		生年月日	□大正　□昭和　□平成　□令和
患者氏名	様		年　月　日　生（　）歳　男・女
依頼元	（医院・クリニック）	依頼医師	
検査日	年　月　日　午前・午後　時　分		
検査目的			
既往歴及び症状経過・治癒経過など			

検査項目

□　超音波検査		
検査部位 ※1つだけチェックを入れてください	体表領域	□　乳腺　□　甲状腺
	血管領域	□　頸動脈　□　下肢動脈　□　下肢静脈 □　心臓
	腹部領域	□　上腹部　□　泌尿器（腎臓、膀胱、前立腺、残尿測定）
	その他	□　表在（　）※具体的な部位をご記入ください
検査結果	□　CD-R　□　紙媒体 ※必要に応じて両方にてお渡しの場合もございます ※専門医の読影はありません　技師による検査所見のみとなります ※当日患者様へ手渡しとなります	

□　ABI検査	
検査結果	紙媒体のみとなります（検査結果そのままのお渡しとなります） 当日患者様へ手渡し致します（身長　cm、体重　kg）

□　脳波検査　□　睡眠脳波	
検査結果	□　波形データのみ　□　技師による解析あり ・波形データはCD-Rでのお渡しとなります ・波形データのみの場合は当日患者様へ手渡し 技師による読影ありの場合は翌日以降郵送となります ・専門医による読影はありません　技師による読影のみとなります

医療法人ヘブロン会　大宮中央総合病院　TEL（代表）：048-663-2501