

浜松労災病院 超音波検査申込用紙 FAX : 053-411-0315

記入日 年 月 日

お問い合わせ先

〒430-8525 浜松市中央区将監町25

浜松労災病院 (地域連携室)

月～金曜日(祝日を除く) 8:00～18:00



053-411-0366

紹介元医療機関名
所在地
TEL
FAX
紹介医師名

〈患者情報〉 ※太枠内は必ずご記入ください。

被保険者証記号・番号											
保険者番号											
被保険者との続柄	本人・家族	負担割	割								
フリガナ											
氏名											
住所											
紹介目的											
検査予約日	月	日	午前・午後								

公費負担番号									
公費負担医療の受給番号									

該当する場合は記入して下さい

- 腹部超音波検査に関しては、午前検査では朝食絶食、午後検査では昼食絶食をお願いします。飲物は水でしたら飲んでかまいません。
- 乳腺超音波は女性技師が対応します。
- 予約時間20分前までに臨床検査科受付にいらして下さい。検査時間は多少前後することがあります。ご了承下さい。

検査項目		主訴・臨床経過・検査目的・コメント等
心臓超音波検査	<input type="checkbox"/>	
腹部超音波検査	<input type="checkbox"/>	
下肢動静脈超音波検査	<input type="checkbox"/>	
頸動脈超音波検査	<input type="checkbox"/>	
乳腺超音波検査	<input type="checkbox"/>	
その他超音波検査	<input type="checkbox"/>	

- ※必要がある場合は、画像診断のCD-ROM、検査結果記録を添付して下さい。
- ※当書式と患者紹介状をご用意下さい。
- ※検査技師が検査施行後、当院医師が確認の上結果を返送いたします
- ※患者様の状態によっては問い合わせさせていただく場合があります。

シエーマ等自由記載欄



