

超音波検査依頼書<診療情報提供書>

平成 年 月 日

金沢社会保険病院 地域医療連携センター

TEL:076-253-5069

FAX:076-252-2369

紹介医療機関

医師氏名

TEL

FAX

| | | |
|------|-----------------|------------------------|
| ふりがな | | 生年月日 |
| 氏名 | 男・女 | M T S H 年 月 日 (才) |
| 住所 | 〒 | |
| 連絡先 | TEL: (氏名: 続柄:) | |

| | |
|------------|--|
| 検査部位 | |
| 臨床診断・病名 | |
| 主訴・経過・検査目的 | |

| | |
|-----|-------------------------------------|
| 希望日 | ① 平成 年 月 日 () いつでも良い場合は未記入でお願いします。 |
| | ② 平成 年 月 日 () |

超音波検査は午前の実施になります。