

超音波検査依頼書＜診療情報提供書＞

年 月 日

JCHO金沢病院 地域医療連携センター

TEL: 076-253-5069(直通)

FAX: 076-252-2369(直通)

紹介医療機関

医師氏名

TEL

FAX

ふりがな		性別		(西暦)	
氏名		☐ 男 ☐ 女	生年月日	年 月 日	(才)
住所	〒				
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	第1希望	年 月 日 ()	特に希望日がない場合は、 記入不要
	第2希望	年 月 日 ()	

※超音波検査は、午前のみの実施となります。

※頸動脈超音波検査は、10:30～または11:00～の実施となります。