（様式１－b）

超音波検査依頼書＜診療情報提供書＞

年　　月　　日

石川県金沢市沖町ハ-15
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	生年月日	（西暦） 年　月　日 （　才）	
氏名		□ 男 □ 女			
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。

※頚動脈超音波検査は、10:30～または11:00～の実施となります。

202405改
202506改
202605改