

超音波検査申込書 兼診療情報提供書

【FAX 0120-503-620】

市立函館病院 地域連携課行き

市立函館病院

中央検査部長 棟方 哲 先生 御机下

依頼元医療機関・医師

印

依頼元医療機関電話番号 (_____)

(ふりがな)	申込日時： _____ 年 _____ 月 _____ 日		
患者氏名： _____ 様	_____ 年 _____ 月 _____ 日生	_____ 才	_____ 男・女
希望検査日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ※検査は月曜または火曜の午後からです。			
検査部位 (☑をお付け下さい)			
<input type="checkbox"/> 心エコー	<input type="checkbox"/> 下肢静脈エコー	<input type="checkbox"/> DVT <input type="checkbox"/> V a r i x	
<input type="checkbox"/> 腹部エコー	<input type="checkbox"/> 頸動脈エコー		
<input type="checkbox"/> 甲状腺エコー	<input type="checkbox"/> 頸動脈エコー		
<input type="checkbox"/> 下肢動脈エコー			
<input type="checkbox"/> その他 (具体的に： _____)			
病歴・検査目的 (☑をお付け下さい)			
<input type="checkbox"/> 別紙の通り			
<input type="checkbox"/> 以下の通り			
<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 95%; margin: 0 auto;"></div>			
特記事項			

☆☆☆市立函館病院から依頼元医療機関さまへ☆☆☆

※検査は混み合っておりまして、希望検査日に沿えない場合がありますので、ご了承ください。

※検査終了後の所見および画像 (CD-R) は後日、ご依頼元の医療機関へ郵送いたします。

なお、メディカ (I D-L i n k) へ参加の医療機関は患者さんの同意書を添付いただきますと、検査終了後すぐに画像をご覧いただけます。

※緊急連絡について

超音波検査中に大動脈解離、可動性を有する心内血栓及び心臓腫瘍、不安定動脈プラーク、可動性を有する動脈血栓、消化管穿孔、腫瘤性病変破裂、急性動脈閉塞、巨大腹部大動脈瘤等緊急性を要する所見に遭遇した場合は、依頼元医師へ緊急連絡を申し上げますとともに、当該患者さんは直ちに当院で診察いたしますので、あらかじめご了承ください。