診 療 情 報 提 供 書

令和　　年　　月　　日

紹介先医療機関名 医療法人大植会　葛城病院

〒

放射線科　担当医　殿

電　話
ＦＡＸ

診療科名
医師氏名　　印

患者氏名	生年月日 （　　歳）
患者住所	
電話番号	職業

傷病名
紹介目的 超音波　検査依頼
症状、治療経過および検査結果
現在の処方
検査部位 □ 頚 部　　□ 心 臓 □ 肝 硬 度 測 定　　□ 腹 部（肝 ・ 胆 ・ 膵 ・ 腎） □ 骨 盤 腔（前立腺 ・ 膀胱 ・　　）□ そ の 他 □ 血 管（頚 ・ 大動脈 ・ 上肢 ・ 下肢 ・　　）

※ 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保険所名を記入すること。かつ、
患者住所及び電話番号を必ず記入すること。
必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
必要がある場合は画像診断、検査の記録を添付すること。

超音波検査予約票

患者様氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿殿

検査日時　　年　　月　　日（　　曜日）　午前　午後　　時　　分

検査を受けられる方へ

※検査当日までに必ずお読み下さい。

- マイナ保険証または資格確認書は必ずご持参下さい。葛城病院の診察券をお持ちの方はご持参下さい。
- 予定時間の２０分前にお越し下さい。
- 緊急検査割り込みなどにより、検査時間が遅れる場合がありますが、ご了承下さい。
- 検査には１５分程度～かかります。
- 目的とする検査部位に直接ゼリーを塗り、探触子をあてて検査を行いますので、服装は出来るだけ着脱の簡単なものでお越し下さい。
- 薬の服用につきましては担当医師にご確認下さい。

＜検査前の食事について＞

腹部～骨盤超音波 (腎動脈エコー含む)	・検査予約時間の４時間前から絶食 ・検査予約時間の２時間前から絶飲食 ・検査予約時間の２時間前から尿をためる →我慢出来ない場合は、排尿する前に近くのスタッフへお知らせ下さい 依頼時に蓄尿が不可欠な場合、検査まで２時間程度待機していただくことがあります
上記以外の超音波	食事制限、水分制限　ありません

ご不明な点があれば、下記までご連絡下さい。

葛城病院　　放射線科　　電話　０７２－４２２－９９０９㈹

20241201　ver3