



筑波メディカルセンター病院

超音波・核医学検査依頼票

(診療情報提供書)

年 月 日

筑波メディカルセンター病院診察券プリント欄

施設名 _____

医師名 _____

予約日時	年 月 日 時 分
フリガナ	
患者氏名	男・女
生年月日	M・T・S・H 年 月 日

主訴・依頼目的	
---------	--

【超音波検査】	該当する部分には必ず✓をしてください。	
<input type="checkbox"/> 腹部(部位: _____)	<input type="checkbox"/> 頸動脈	<input type="checkbox"/> その他血管(部位: _____)
<input type="checkbox"/> 乳腺	<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> その他(部位: _____)

【核医学検査】	該当する部分には必ず✓をしてください。	
<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 心筋(<input type="checkbox"/> 負荷なし・ <input type="checkbox"/> 負荷あり)	<input type="checkbox"/> 骨
<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> 腎	<input type="checkbox"/> 腫瘍・炎症
<input type="checkbox"/> 肺	<input type="checkbox"/> 副腎	<input type="checkbox"/> その他(部位: _____)

※心筋負荷ありの場合は、必ず下記の間診を行ってください。

喘息はありますか	有・無・不明
----------	--------

検査の予約に関する問い合わせは、筑波メディカルセンター病院 予約センターまでご連絡ください。

[TEL: 029-852-9067](tel:029-852-9067)