

# 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 地域医療連携室行き

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

⑩

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"/> 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: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></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 (ID-Link) 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、腫瘍性病変破裂、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。