

# 腹部超音波(腹部US)

- ①検査実施日：月～金曜日(8:30)
- ②検査会場：健康管理センター(神田町)
- ③検査申込書：記入欄にご記入下さい(2枚複写)。

| 超音波検査申込書   |       |          |        | ①病・医院控え |
|--|-------|----------|--------|---------|
| 検査予約日  |       | 年 月 日    | 午前・午後  | 時 分     |
| フリガナ<br>受診者氏名  |       |          | 病・医院名  |         |
| 生年月日   | T・S・H | 年 月 日(才) | 医師名    |         |
| 性別   | 男     | 女        | ID No. |         |
| 住所   | 〒     |          |        | Tel.    |
| 検査部位 (腹部・頸動脈・甲状腺・乳腺)   |       |          |        |         |
| 検査目的   |       |          |        |         |
| 現病歴  |       |          |        |         |
| 既往歴  |       |          |        |         |
| 画像返却様式： <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> ドクターウェブのみ 診断レポート： <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要  |       |          |        |         |
| <p><b>★ご注意</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 事前に電話で日時を予約し、その日時を検査予約日欄に記入してください。</li> <li>2. 枠内に必要事項をご記入のうえ、前日までに当センターに送っていただきますようお願いいたします。</li> <li>3. 腹部超音波検査を受診される方は、検査前日の夕食は普通に食べてかまいませんが、午後9時以降の飲食は禁止とします。<br/>薬飲薬食は避け、お酒もやめてください。検査当日は、起床後、食事・水・牛乳・薬・タバコなど、一切口にしないでください。</li> <li>4. 予約の時間はお守りください。都合が悪くなった場合は、前日までにご連絡ください。</li> <li>5. 貴重品類は、なるべくお持ちにならないようお願いいたします。</li> <li>6. 検査結果は各医院へご連絡しますが、詳細は技師にお尋ねください。</li> </ol> |       |          |        |         |
| 一般社団法人 半田市医師会健康管理センター<br>TEL(0569)27-7882 FAX(0569)27-7990   |       |          |        |         |

- ④前 処 置：前夜9時以降、絶飲食でお願いします。
- ⑤結果報告日：2日ほどかかります。