

# 頸動脈・甲状腺・乳腺超音波

- ①検査実施日：火曜日、金曜日(午後のみ)
- 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 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				

**★ご注意**

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。
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。
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。  
禁飲禁食は避け、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。
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。
5. 貴重品類は、なるべくお持ちにならないようお願いします。
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。

一般社団法人 半田市医師会健康管理センター  
TEL(0569)27-7882・FAX(0569)27-7990

2K200\*50 印

- ④前 処 置：特にありません。
- ⑤結果報告日：診断レポートが不要な場合は、2日後までにお届けします。診断レポートが必要な場合は、10日ほどかかります。