

超音波検査 申込書兼紹介状

【記入日 年 月 日】

検査日	年 月 日 ()
時間	午前・午後 時 分

医療法人 ふくおかクリニック
〒616-8182
京都市右京区太秦北路町10-1
TEL：075-873-7700
FAX：075-873-7701

【患者様情報】

フリガナ		生年月日 年 月 日
患者氏名		緊急性 有 ・ 無
既往歴		

貴院情報	貴院名： 所在地： TEL： FAX：	医師名： 取次担当者名：
検査項目	☐ 心エコー ☐ 頸動脈エコー ☐ 下肢静脈エコー (DVT) ☐ 下肢静脈エコー (Varix) ☐ 下肢静脈エコー (DVT+Varix) ☐ 下肢動脈エコー	
検査目的： 症状など		

★ふくおかクリニック記入欄（以下には記入しないでください）★
○下記のご予約をお取りしました

予約日時 月 日 () 時 分 検査項目： ()

～患者さんにお伝えいただきたいこと～
当日は**保険証、当院診察券**（お持ちであれば）をお持ちになり、
予約時間の**5分前**に当院受付へお越しください。