

超音波検査依頼書 兼 診療情報提供書

※この用紙はご予約の確認で必要になります。予約取得後に FAX をお願いいたします。

予約日時 年 月 日 () 時 分 ※患者様へは 15 分前の来院をご案内ください。	依頼元医療機関名		
	住所		
	TEL		
	FAX		
結果返送時の CD-ROM 要否 ☐ 要 ☐ 一旦不要 ※必要時、後から作成・お送りする事も可能です。TEL にてご連絡下さい。	依頼医師名		
患者フリガナ		検査部位	☐ 腹部 ☐ 甲状腺 ☐ 頸動脈
患者氏名			

患者情報 ☐ 予約サイトで入力済（でしたら記入不要です）

生年月日		性別	☐ 男 ☐ 女
住所		電話番号	

検査目的 ☐ 予約サイトで入力済（でしたら記入不要です）

--

※検査内容によりご予約の変更をお願いする場合があります

特記すべき事項（既往歴・手術歴・アレルギー・その他）

☐ 予約サイトで入力済（でしたら記入不要です）

--

立川高島屋 S.C.大腸胃食道の内視鏡・消化器内科クリニック

〒190-8507 東京都立川市曙町 2 丁目 39-3 立川高島屋 S.C.10 階

TEL : 042-506-1085 FAX : 042-506-1086 HP : ta-eus.com

（当院使用欄）ID : ☐ 予約確認 ☐ レポート作成 ☐ 医師チェック ☐ FAX 郵送