超音波 検査予約表

＜検査日時＞　　年　　月　　日（　　）　　：　　～

＜患者さんについて＞

（ふりがな）		
（お名前）		
（生年月日）	明・大・昭・平　　年　　月　　日	
（ご連絡先）	（ご自宅）　　－　　－	
	（携帯電話）　　－　　－	

＜患者さんの体調について＞

（主訴）	
（その他、特記事項）	

＜検査について＞

（検査目的）	
（検査部位）	□腹部　□心臓　□頚動脈 □乳腺　□甲状腺　□下肢深部静脈
（検査についてご要望等ございましたら、ご記入ください。）	
（本院での診察）	□不要　□要

＜貴院の病院名・ご連絡先＞

（病院名）	
（ご連絡先）	TEL　　－　　－
	FAX　　－　　－

＊ご不明な点等ございましたら、お気軽にご連絡ください。

＊なお検査に伴う費用は、直接当院から患者さんに請求致します。

ご記入後、下記宛先までFAXをお願い致します。

福岡信和病院 (担当：赤尾)　**TEL　092-557-1877**
FAX　092-557-1885