

診療情報提供書
(腹部超音波検査)

_____年 月 日

紹介先医療機関名

横浜新緑総合病院

超音波センター担当医

紹介元医療機関
の名称・所在地

医師名

TEL _____

FAX _____

フリガナ

患者氏名 _____ 様 男・女 M・T・S・H・R _____ 年 月 日生()歳

住所 _____

TEL _____

傷病名	
紹介目的	腹部超音波検査
既往歴・家族歴	
病状経過 及び 検査目的	
現在の処方	
備考	1. アレルギー(喘息・じんましん・薬等)の有無 (有・無) 2. HBs抗原+・- Hbs抗体+・- 梅毒+・- 血液型 型Rh+・- (未検査であれば記載不要) 3. 検査時に注意する点()