

# 超音波検査 申込書兼紹介状

|          |  |
|----------|--|
| 検査日      | 年 月 日 ( )  |
| 時間       | 午前・午後 時 分  |
| 検査結果のご報告 | <input type="checkbox"/> 後日郵送 (2~3日以内に発送)<br><input type="checkbox"/> 後日FAX (2~3日以内に送信)<br><input type="checkbox"/> FAX後郵送 |

紹介元医療機関  
 の名称・所在地  
 医 師 名  
 TEL ( - - )  
 FAX ( - - )

※FAXの場合はレポートのみ、郵送の場合はレポートおよび画像をお送りします。

|      |   |     |                      |
|------|---|-----|----------------------|
| フリガナ |   | 性別  | 生年月日                 |
| 患者氏名 | 様 | 男・女 | 明治・大正・昭和・平成<br>年 月 日 |

## 検査部位

|            |  |
|------------|--|
| 腹部         | <input type="checkbox"/> 消化器 (胆嚢・肝臓・膵臓・脾臓) <input type="checkbox"/> 泌尿器 (腎臓・膀胱・前立腺)<br><input type="checkbox"/> 婦人科 (子宮・卵巣) <input type="checkbox"/> 消化管・虫垂 <input type="checkbox"/> 腹部大動脈 <input type="checkbox"/> 腹部腫瘍 |
| 頸部         | <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 耳下腺 <input type="checkbox"/> 顎下腺 <input type="checkbox"/> 頸部リンパ節   |
| 循環器<br>その他 | <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 乳腺・腋窩 <input type="checkbox"/> 下肢静脈 (深部静脈血栓スクリーニング)<br><input type="checkbox"/> 皮下腫瘍 (部位: )  |

ご依頼の理由 (病歴・主な症状など)

## 患者さまへ ~検査説明と注意事項~

この検査は、超音波 (人に聞こえない音) を皮膚の上からあて、身体の中を観察する検査です。非常に安全性の高い検査ですので、妊娠中の方でも安心して受けていただけます。

腹部超音波検査される方は、

- 1.前日の夕食の制限はありません。それ以降検査終了まで絶飲食とし、検査当日の朝食・飲水はしないでご来院ください。※血圧等の薬をお飲みの方は、少量の水でお飲みください。
- 2.午後からの検査の方は、朝8時まで軽く朝食を摂っていただき、以後絶飲食でご来院ください。
- 3.検査前1~2時間は排尿しないでください。
- 4.下腹部 (膀胱・前立腺・子宮・卵巣) の検査を受けられる方は、必ず尿をためたまま (最低2~3時間) で検査を受けていただくようお願いいたします。

※検査当日は、予約時間の20分前までに直接「地域連携室」にお越しください。

## 食事等の摂取可否

|         | 午前の検査の場合 |         | 午後の検査の場合 |    |        |
|---------|----------|---------|----------|----|--------|
|         | 朝食       | 水分      | 朝食       | 昼食 | 水分     |
| 腹部の検査   | ×        | 前日夕食以降× | ○        | ×  | 朝食後から× |
| 腹部以外の検査 | ○        | ○       | ○        | ○  | ○      |

腹部超音波検査をご依頼いただく場合は、午前中の早い時間をおすすめいたします。

独立行政法人地域医療機能推進機構

横浜保土ヶ谷中央病院 地域連携室 TEL: 045-331-1559