⑧ 超音波検査　申込書 兼 紹介状（診療情報提供書）

検査日	令和　　年　　月　　日（　　）
時　間	午前・午後　　時　　分
検査結果のご報告	☐ 後日郵送　（2～3日以内に発送） ☐ 後日ＦＡＸ（2～3日以内に送信） ☐ 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。

ﾌﾘｶﾞﾅ		性別	生年月日
患者氏名	様	男 ・女	明治・大正・昭和・平成・令和 年　　月　　日

検査部位

腹部	☐ 消化器（ 胆嚢 ・ 肝臓 ・膵臓 ・脾臓 ）　☐ 泌尿器（ 腎臓 ・膀胱 ・ 前立腺 ） ☐ 消化管・虫垂　☐ 腹部大動脈　☐腹部腫瘤
頚部	☐ 甲状腺　☐ 耳下腺　☐ 顎下腺　☐ 頚部リンパ節
循環器その他	☐ 心臓　☐ 頚動脈　☐ 乳腺・腋窩　☐ 下肢静脈（深部静脈血栓ｽｸﾘｰﾆﾝｸﾞ） ☐ 皮下腫瘤（部位：　　）　☐ 下肢動脈

ご依頼の理由（病歴・主な症状など）

患者さんへ　～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時までに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）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 分前までに初診受付窓口①、②番にお越しください。

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
横浜保土ケ谷中央病院　患者サポートセンター　TEL：045-331-1559