

# 診療情報提供書・超音波検査申込書

カルテを作成するために必要な保険証は、当日窓口で保険証原本を確認させていただきます。

(フリガナ) 患者氏名		女 男	生年月日 M・T・S・H 年 月 日
住所		電 話	
超音波検査申込の日時 ※医療機関の担当者と電話で予約日時を決定いたします。			
予約日時 月 日 ( ) 時 分			

## 腹部の検査をお受けになる方の注意事項

検査前の飲食の制限と排尿制限の説明をお願いします。

食事・飲み物 : 検査時刻の6時間前までにお済ませください。

トイレ : 尿が溜まった状態での検査が望ましいです。

下記に臨床情報と検査目的など御記載ください

検査部位：部位を○で囲んでください。1部位につき1申込書が必要です。

腹部 ・ 甲状腺 ・ 頸動脈

【主訴】

【現病歴】

【既往歴】

【検査目的】

医師名：

紹介元 医療機関名		住 所		電 話	
--------------	--	--------	--	--------	--

## 愛育病院（田町）で画像検査をお受けになる方へ

**ご予約時間の 20 分前までに 2 階総合受付へお越しください。**

### ■■■持参いただくもの■■■

- 診療情報提供書（おかけの病院で渡されている書類です）
- 保険証、医療証
- 愛育病院または愛育クリニックの受診券（以前かかった事のある方）

### ■■■ご都合が悪くなった時には■■■

電話で連絡くださいますようお願いいたします。

## 愛育病院 放射線科受付 03-6453-7306

愛育病院 2 階総合受付にお越しください

受診の手続きを行います。  
保険証等の提示が必要です。  
診療情報提供書をご提示ください。

2 階診療放射線科の窓口にお回りいただきます

2 階 H 診療放射線科窓口にお越しください。  
検査の受付を行います。

検査を行います

検査所要時間は、内容によって異なりますが 20 分前後となります。

検査の画像は、CD-Rでお渡しします

検査の画像は、CD-Rでお渡しします。  
検査終了後 30 分程度お待ち下さい。

2 階総合受付で会計をして終了です

来院時に初診受付をした場所と同じです。

検査結果は、後日かかりつけ医師へお送りします

検査結果は、おかけの病院の担当医師へお送りします。