

# 腹部エコー検査依頼書

(八重山医療機関用)

患者氏名：

検査目的 <input type="checkbox"/> スクリーニング診断 <input type="checkbox"/> 経過観察
検査部位 <input type="checkbox"/> スクリーニング <input type="checkbox"/> 消化器系 <input type="checkbox"/> 腎臓・泌尿器系
移動形態 <input type="checkbox"/> 単独歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー
臨床診断・症状

※わかる場合はご記入ください。

身長 \_\_\_\_\_ cm

体重 \_\_\_\_\_ kg