

腹部エコー検査依頼書 (八重山圏内医療機関用)

年 月 日

紹介元医療機関			
(カナ) 患者氏名	八重山病院ID :	性別	<input type="checkbox"/> 男
			<input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
患者連絡先	TEL	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
検査希望日等 ※できるだけご記入ください			

●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	
●検査項目 <input type="checkbox"/> スクリーニング <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 二次精査	
●臨床診断 (診断名)	●症状 <input type="checkbox"/> 症状なし <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 腹部膨満感 <input type="checkbox"/> 心窩部痛 <input type="checkbox"/> 背部痛 <input type="checkbox"/> 体重減少 <input type="checkbox"/> 排尿痛 <input type="checkbox"/> 血尿 <input type="checkbox"/> 蛋白尿 <input type="checkbox"/> 残尿感 <input type="checkbox"/> その他 [ ]
●症状等その他特記事項	
●身長・体重 身長 _____ cm 体重 _____ kg ※身長・体重は、分かる場合はご記入ください。	●移動形態 (ADL) <input type="checkbox"/> 単独歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー

※すべてに欄にご記入・チェックをお願いします。