甲状腺エコー検査依頼書　（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	☐ 男 ☐ 女
生年月日	☐ 大正　☐ 昭和 ☐ 平成　☐ 令和　　年　　月　　日		
患者連絡先	TEL　　☐ 本人　☐ その他（　　）		

検査希望日等 ※できるだけご記入ください	

●検査項目

☐ スクリーニング診断　　☐ 経過観察　　☐ 二次検診

●臨床診断（診断名）

●症状等その他特記事項

●症状

- ☐ 症状なし
- ☐ しこり
- ☐ 疼痛
- ☐ 腫大
- ☐ 発赤
- ☐ 分泌物
- ☐ 皮膚のひきつれ
- ☐ 嚥下困難
- ☐ その他

［　　］

●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）

- ☐ 単独歩行
- ☐ 車椅子
- ☐ 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。

沖縄県立八重山病院

2022.4月改訂