

【 検 査 依 頼 票 】

腹部エコー・心エコー・頸動脈エコー・CAVI/ABI

患者氏名		検査種	腹部エコー・心エコー 頸動脈エコー CAVI/ABI
性別	男 ・ 女		
生年月日	年 月 日		
依頼医療機関名	病院 医院 診療所 クリニック		
依頼医師名			

(楷書でご記入下さい)

1. 主訴 依頼病名
2. 検査目的
3. その他の医療情報 (既往歴・造影時の腎機能など)