|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | フリガナ　 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 　　　生年　月日　 | 　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　 （　　　　　才）　　　　　　　　　 | 体重　　　　　  Kg |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　男　　　　　　　　　　　　　　様　女　 |
| [検査部位]＜腹部＞□肝胆膵　　□肝胆膵脾腎　□消化管　□肝臓　□肝臓（肝硬度）　□肝胆膵（肝硬度）□胆嚢　□膵臓　□腎臓　□脾臓　□骨盤腔　□虫垂　□その他（腹部） □造影＜表在＞□甲状腺　□頚部リンパ節　□耳下腺　□顎下腺　□リウマチ（手指・手関節） □乳腺　＜心血管＞□頸動脈　□腎動脈　□下肢動脈　□シャント　□下肢静脈（DVT）□下肢静脈（表在）□心エコー　□その他（血管） |
| 臨床診断名 |
| 検査目的 |
| **＊以下の内容は必須項目です**造影剤使用（肝臓のみ適応）□造影可（造影剤の使用に同意済み）□造影不可（造影剤の使用に不同意） | [患者情報]**＊以下の内容は必須項目です**・卵アレルギー　 □無　□有（　　　　　　　）・重篤な心疾患 　□無　□有（　　　　　　　）・重篤な肺疾患　 □無　□有（　　　　　　　）　　　　　　　・妊娠の可能性 　　 □無　　　　　　　　　□有（　　　 　ヶ月）　　　　　　　　　 |
| 備考※造影剤使用の可否が未記載の場合について[患者情報]　卵アレルギーあり、または重篤な心肺疾患ありの場合、造影剤は使用しません。 |
| **帯広厚生病院処理欄**検査日　　　　年　　　月　　　日　AM/PM 　　：放射線科医師指示欄　　　　　　　　　　　　　＜腹部＞□肝胆膵　　□肝胆膵脾腎　□消化管　□肝臓　□肝臓（肝硬度）　□肝胆膵（肝硬度）□胆嚢　□膵臓　□腎臓　□脾臓　□骨盤腔　□虫垂　□その他（腹部） □造影＜表在＞□甲状腺　□頚部リンパ節　□耳下腺　□顎下腺　□リウマチ（手指・手関節） □乳腺　＜心血管＞□頸動脈　□腎動脈　□下肢動脈　□シャント　□下肢静脈（DVT）　□下肢静脈（表在）□心エコー　□その他（血管）指示医　　　　　　　　　　　　 |

**US検査依頼書**

　帯広厚生病院放射線科外来　2023年2月作成

帯広厚生病院　放射線外来　2017年2月作成