|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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