

心臓超音波検査 依頼票兼報告票

(2枚すべて、受診者の方に)
お渡し下さい。
(健診センター提出用・カルテ)

依頼元医療機関名		検査予約日	年	月	日	時	分
医師名		検査当日は、ご予約時間の 20分前 にご来所下さい。					
フリガナ		検査目的及び経過	血圧	/		mmHg	
氏名		様					男 女
生年月日	T S	年	月	日	歳		
	H R						

2D Mmode Measurement

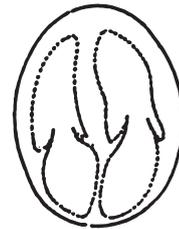
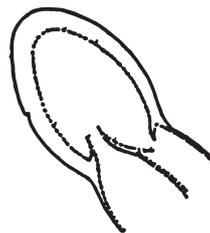
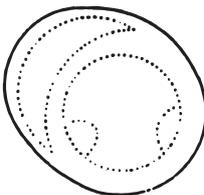
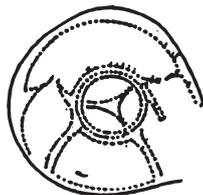
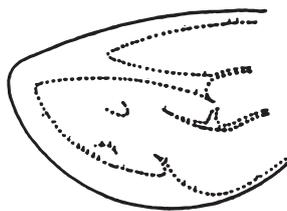
- AOD _____ mm (16-28)
- LAD _____ mm (18-40)
- IVST _____ mm (6-11)
- PWT _____ mm (7-11)
- LVDd _____ mm (40-55)
- LVDs _____ mm (30-45)
- EF _____ % (50-80)
- FS _____ % (25-44)

Doppler (PW, CW, CF)

- MR (-,)
 - AR (-,)
 - TR (-,)
 - PR (-,)
- 心嚢液貯留 (+ ・ -)
- 下大静脈 (_____ mm / _____ mm)
- 腹部大動脈 _____ mm

左室流入血流

- E _____ cm/sec
- A _____ cm/sec
- E/A _____
- DcT _____ msec
- E' _____ cm/sec
- A' _____ cm/sec
- E/E' _____



【summary】

- | | |
|-------------------|---------------|
| 左室：拡大 (_____) | 肥大 (_____) |
| 収縮能 (_____) | 拡張能 (_____) |
| 左房：拡大 (_____) | |
| 右室：拡大 (_____) | 収縮能 (_____) |
| 右房：拡大 (_____) | |
| 大動脈弁：狭窄 (_____) | 逆流 (_____) |
| 僧帽弁：狭窄 (_____) | 逆流 (_____) |
| 三尖弁：狭窄 (_____) | 逆流 (_____) |

— Echo Diagnosis —

- within normal limits
- borderline
- abnormal

Signed. _____