

検査番号	
フリガナ	
氏名	男・女
生年月日	M・T S・H 年 月 日 歳

超音波検査依頼書	
医療機関名	
医師名	
予約日	年 月 日 時 分

検査部位  目的部位を ○で囲って 下さい。	I 上腹部（肝臓・胆のう・膵臓・腎臓・脾臓）
	II 甲状腺
	III 乳房

上 腹 部 ・ 甲 状 腺	<p><u>検査目的・経過：</u></p>
---------------------------------	------------------------

乳 房 検 査	<p><u>検査目的・経過：</u></p> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> </div>
------------------	---