

頸動脈超音波検査 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						

所見

右	Max IMT	mm	
	mean IMT	mm	
	プラーク		
	石灰化		
	血流パターン		
左	Max IMT	mm	
	mean IMT	mm	
	プラーク		
	石灰化		
	血流パターン		

結論

Signed. _____