

エコー検査FAX依頼書

宛先: 上鶴間内科クリニック

FAX: 042-705-2732

(送信枚数: 本状含め 全 ____ 枚)

送信日: 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

【ご依頼元】	
医療機関名	
担当医師名	
電話番号	
FAX番号	

【患者様情報】	
フリガナ	
氏名	(男・女)
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)

【ご依頼検査項目】(該当項目に☑をお願いします)

頸動脈 甲状腺 心臓 腹部 下肢(静脈 動脈)

【ご依頼目的・特記事項】(箇条書き等、簡易で構いません)

※予約は直接電話でお願いします。

※紹介状等の事前送付は不要です。