

# 検査機器共同利用エコー検査依頼票(兼 診療情報提供書)

年 月 日

一宮市立市民病院

医療機関名

消化器内科・脳神経外科

診療科及び  
医師名

担当医 先生

医療機関住所

電話番号

FAX番号

## ★患者情報

ふりがな		生年月日	性別
患者氏名		大・昭 平・令 年 月 日	男 ・ 女
住所			
電話番号		携帯番号	※おわかりであれば ご記入ください

## ★依頼内容

経過及び依頼目的  別紙診療情報提供書参照

### 腹部エコー検査

肝臓  胆嚢  膵臓  腎臓  脾臓  
 膀胱  前立腺

第1希望日 第2希望日

/ /

いつでもよい

検査時間

水曜日 15:00~

水曜日 15:30~

どちらでもよい

### 頸動脈エコー検査

第1希望日 第2希望日

/ /

いつでもよい

検査時間

水曜日 15:00~

水曜日 15:30~

どちらでもよい

※緊急性のある疾患（狭窄等）を見つけた場合は当院にて迅速に対応させていただきます。

※CDをご希望の際は地域医療連携室までご連絡ください。

※画像はいちみんネットで閲覧できます。

いちみんネットの患者登録を希望しますか？

※希望される場合は、患者さんの同意を得てカルテ等に記載をお願いします。

希望する（この依頼書で登録を行います）  希望しない  すでに登録済

一宮市立市民病院 地域医療連携室 平日 8:30~19:00、土曜 8:30~12:30  
TEL (0586) 71-1933 FAX (0586) 28-7058、71-1922

2026年1月版