

超音波検査 取り扱い項目と指示内容

病院名：

所在地：

電話番号：

FAX番号：

医師名：

検査日： 年 月 日

時間： 時 分

患者名： (男・女)

生年月日： (歳)

検査目的部分の□に✓を入れてください

<input type="checkbox"/> 腹部エコー（肝臓・胆臓・膵臓・脾臓・腎臓・膀胱・前立腺・子宮・卵巣）	
検査目的	
<input type="checkbox"/> 心エコー	
検査目的	
<input type="checkbox"/> 乳腺	
検査目的	