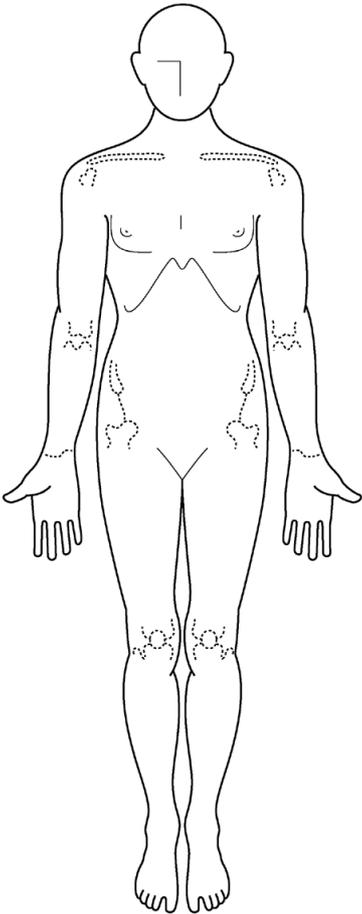


# 超音波検査依頼票

(武蔵野総合病院宛)

施行日	年	月	日
<b>ID</b> 患者氏名 (フリガナ)			
生年月日	M・T・S・H	年	月 日生 ( 歳)
住所			
		<p>部位：腹部 (肝・胆・膵・腎・脾) 心臓 体表 (乳腺) 体表 (甲状腺) 体表 (その他) 頚動脈</p> <p>既往：</p> <p>症状：</p>	
特記事項			

医師署名