患者名 性別 ( 男 ・ 女 ) 生年月日	~委託検査申込用紙~ 超音波検査 検査日:20 年 月 日( )
(公立福生病院使用欄) 年齢 才	時 分 頃
検査目的(詳細に) <b>検査目的(詳細に)</b>	委託施設名
	依頼医師名
	◆既往歴・現病歴
コロナワクチン接種 ロ 有 ( 直近の日付:20 年 月 日)	
★心臓超音波検査  □	
検査データ ・心電図 ・ 心臓超音波レポート ・ BNP	
<ul><li>◆検査データの種別</li><li>□ 画像メディア (CD-R)</li></ul>	

公立福生病院 042-551-1111(代) 地域医療連携室 042-551-6210

