

(公立福生病院使用欄)	患者名	～委託検査申込用紙～ 超音波検査
	性別 (男 ・ 女) 生年月日 年 月 日 年齢 才	
検査目的 (詳細に)	●食事・水分制限なし	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	☐ 有 (直近の日付:20 年 月 日) ☐ 無	
★心臓超音波検査 ☐		
検査データ		
・心電図	・身長	
・心臓超音波レポート	・体重	
・BNP		
◆検査データの種別		
☐ 画像メディア (CD-R)		