**ダイレクト予約システム**

**「頚動脈エコー＋血圧脈波（ＡＢＩ）検査」**

**紹介医院：　　　　　　　　　　　　　　患者氏名：**

**生年月日：Ｍ．Ｔ．Ｓ．Ｈ　　　　年　　　　月　　　　日**

**検査日時：令和　 　 　年　 　月　 　日 　　 時 分**

|  |
| --- |
| **問診欄** |

**＊どちらかに○／あれば具体的に記入してください。**

**１．今までかかった病気や怪我はありますか？**

**ない　　　ある／**

**２．現在治療中の病気、呑んでいる薬がありますか？**

**ない　　　ある／**

|  |
| --- |
| **頚動脈エコー＋血圧脈波（ＡＢＩ）検査を受けられる方へ** |

**①食事・排尿制限はありません。**

**②何らかの事情で検査を取り消す場合は、かかりつけ医にご連絡ください。**

**国立病院機構　沼田病院**