

# 超音波検診受診票 (上・下腹部・乳房・頸動脈)

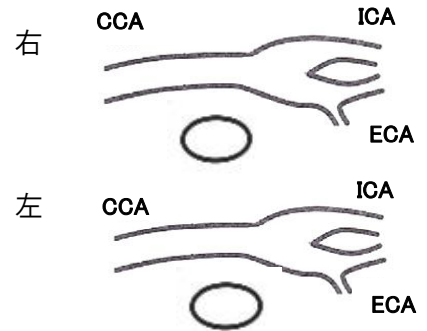
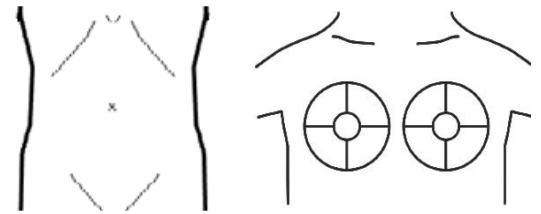
受診日 令和 年 月 日

受付番号 \_\_\_\_\_

フリガナ		性別	生年月日	年 月 日生 満 歳
氏名				
検診結果 送付先 住所	〒 _____	電話番号 _____		※ご記入がないと、ご本人確認にお時間を要します。 記号・番号を正確にご記入下さい
		保険証記号一番号 _____		
※結果が届かない場合がありますので、マンション名等も正確にご記入下さい				

【写真添付】

【シエーマ】



内膜中膜複合体厚(mm)

※右頸動脈 (max IMT) : N.P . mm

※左頸動脈 (max IMT) : N.P . mm

【超音波所見】

1. US上、特に変化は見られませんでした。
2. 脂肪肝 ( 軽度 中等度 高度 )
- 3.

- |         |          |
|---------|----------|
| 1. 食後検査 | ・ 前回同様   |
| 2. 尿不足  | ・ 受診済    |
| 3. ガス著明 | ・ 初所見    |
| 4. 減衰   | ・ 今回描出なし |
| 5. その他  |          |

・ 変化あり                      描出不良部位  
\*増大/増加  
\*縮小/減少

検査者印：

# 超音波検診問診票

## ◆ 腹部について（全員）◆

該当するものに○をつけて、解る範囲で詳細をご記入下さい。

- 1 腹部（下腹部を含む）超音波検査を受けたことがありますか？  
ある ・ いつ頃ですか？（ 年 月頃）  
・ なにか指摘を受けましたか？（  
ない
- 2 腹部で何か気になることはありますか？  
( )
- 3 既往歴はありますか？  
( )

## ◆ 乳腺について（女性のみ）◆

該当するものに○をつけて、解る範囲で詳細をご記入下さい。

- 1 乳腺超音波検査を受けたことがありますか？  
ある ・ いつ頃ですか？（ 年 月頃）  
・ なにか指摘を受けましたか？（ )  
ない
- 2 乳房で何か気になることはありますか？  
・ しこりがある（右・左）  
・ 異常分泌がある（右・左）  
・ 痛みがある（右・左）  
・ 乳首変形（右・左）  
・ 豊胸術（右・左）
- 3 既往歴はありますか？  
( )
- 4 授乳中ですか？ はい ・ いいえ

## ◆ 頸動脈について（全員）◆

- 1 該当するものに○をつけて下さい。（全員）  
高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 喫煙（1日 本位）  
飲酒（週 日 ・ 何を： どの位： )
- 2 以下の既往歴はありますか？  
脳血管障害（ )  
心臓病（ )  
その他（ )

## ◇◇超音波検査受診上の注意◇◇

検査当日の朝食は避けて下さい。（少量の水・お茶は構いません）

検査前2時間は排尿を避けて下さい。

上半身は、脱ぎやすいものを着用してきて下さい。

女性は、検診時にはブラジャーやボディスーツをつけないで下さい。

頸動脈検査がある方は、ネクタイやネックレスを外し、頸部が出せるようにご準備下さい。