超音波検査　同意書

受診日:西暦　　年　　月　　日（　　）

フリガナ		生年月日	T・S・H ・R	性別	男 ・ 女
氏 名		年　　月　　日（　　歳）			

肝臓、胆のう、膵臓、脾臓、腎臓の臓器と腹部大動脈を検査いたします。
他の部位につきましては、画像上でみえた所見のみ拾わせていただきます。
消化管ガスなどの影響でご希望されても観察不能な場合もございます。
また、腹部（※画像参照）をプローブで圧迫して検査いたしますが、
異性技師が対応となる場合がありますので、ご了承ください。

上記内容を確認し、超音波検査を

☐ 同意し 希望します　　☐ 同意しません

20　　年　　月　　日

署 名:

伊奈病院　健康管理センター