

超音波検査票

ボールペンで左側太枠内の記入をお願いします。

実施 2022年5月1日

受付 No 15

会社名	一般財団法人 日本健診財団	生年月日	T. S. H 35年1月25日 (61歳)
部署名	巡回健診課	性別	男・女
フリガナ	レンケイ ショウタロウ	検査の参考にする為、ご記入お願いいたします(おおよその数値で構いません)	
氏名	連携 匠太郎	身長	183 体重 85

超音波検査問診 (事前にご記入をお願いします)

1. 超音波検査受診歴

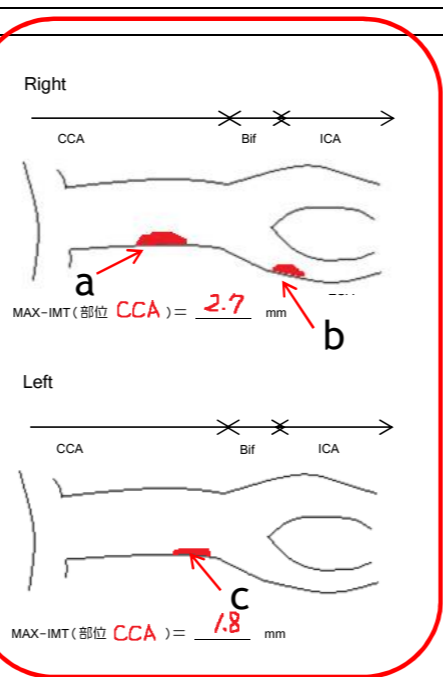
・あり (腹部) 前回 2021年7月頃
 ・なし (頸動脈) 前回 20年 月頃

2. 受診する項目について、既往歴・自覚症状など該当する内容をご記入ください。

既往歴 (該当する欄に病名やOなど記入)			
腹部	肝臓	cyst	手術・切除年 月頃
	胆のう		手術・摘出年 月頃
	腎臓	Bil stone Bil hydro	手術・摘出年 月頃
	膵臓		手術・摘出年 月頃
	脾臓		手術・摘出年 月頃
その他		年 月頃	
		頸動脈	<ul style="list-style-type: none"> 脂質異常症 (高血圧) ・糖尿病 脳梗塞 ・心疾患 その他()
		※たばこについて ・吸う (1日 本 年間吸っている) ・吸わない ・やめた (3年前まで 15年間吸っていた)	

入力	所見名	部位1	部位2	所見	区分	サイズ(mm)	個数
<input type="checkbox"/>	所見なし			98	1		
<input checked="" type="checkbox"/>	(右・左・両) [総・内・外] IMC肥厚	1	2	1		1.7mm	1ヶ
<input type="checkbox"/>	(右・左・両) [総・内・外]						
<input checked="" type="checkbox"/>	(右・左・両) [総・内・外] プラーク	3	1	2		Rmax 2.7mm Lmax 1.8mm	数ヶ
<input type="checkbox"/>	(右・左・両) [総・内・外]						
<input type="checkbox"/>	(右・左・両・峡) 甲状腺 []						

対応する写真と
同じアルファベット
または数字を記載する



入力	所見名	部位	所見	区分	腹部	
					サイズ(mm)	個数
<input type="checkbox"/>	所見なし		13	1		
<input type="checkbox"/>	脂肪肝 (軽・中・高)	1	1	3		
<input checked="" type="checkbox"/>	肝のう胞 (S7)	1	4	3	25mm	1ヶ
<input type="checkbox"/>	肝血管腫 []	1	8	3		
<input type="checkbox"/>	胆のうポリープ	2	16	2		
<input type="checkbox"/>	胆のう結石 (壁評価可能)	2	22	3		
<input type="checkbox"/>	胆のう筋腫 (壁評価可能)	2	19	3		
<input type="checkbox"/>	(右・左・両) 腎のう胞		43	2		
<input checked="" type="checkbox"/>	(右・左・両) 腎結石	7	51	9	Rmax 5mm Lmax 7mm	数ヶ
<input checked="" type="checkbox"/>	右水腎症	5	52	9	中等度	
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>	胆のう摘出後	2	27			
<input type="checkbox"/>	脾一部描出不良 (頭・体・尾)	4	105	3		
<input type="checkbox"/>	脾描出不良	4	79	3		
<input checked="" type="checkbox"/>	描出不良 (不能) (部位 胆のう)	2	26	3		

サイズ・個数を
記載する

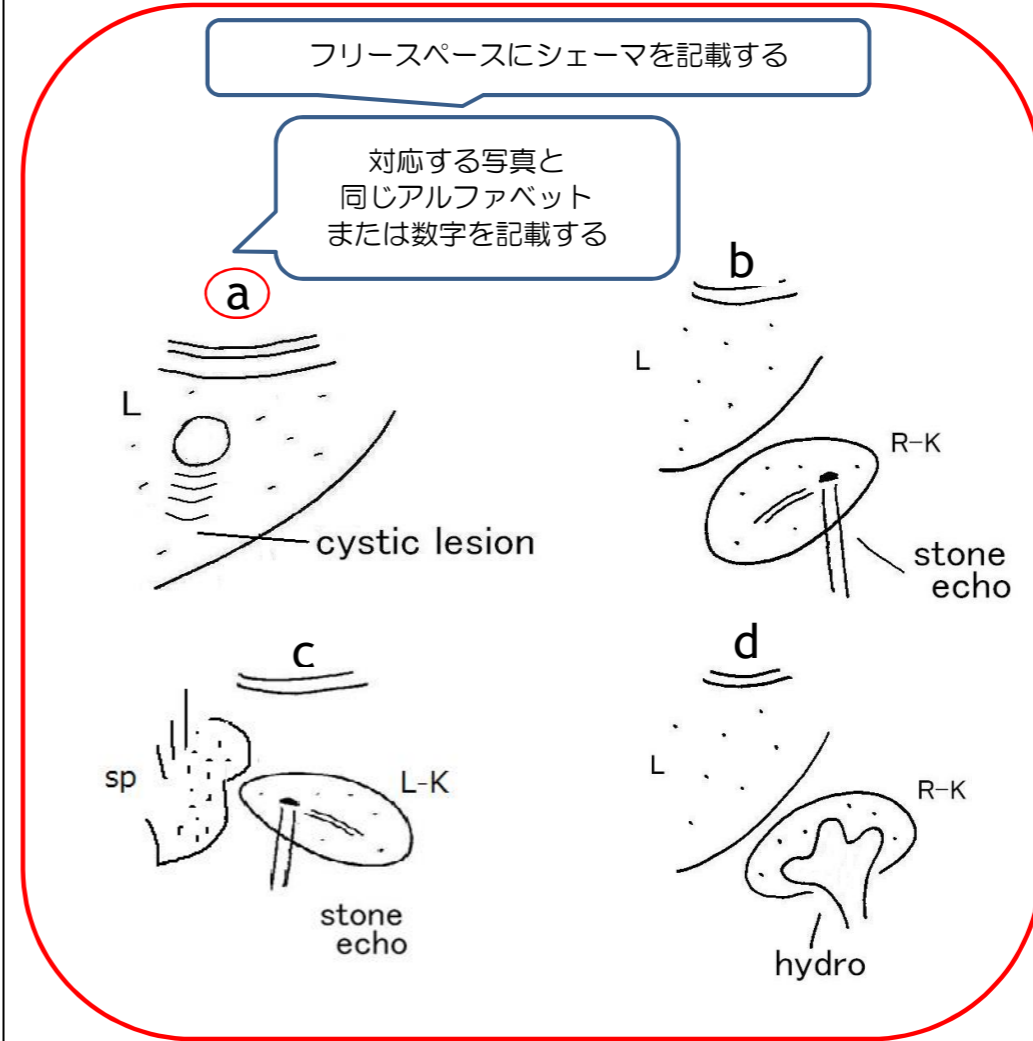
腎臓など左右で同じ所見がある場合は、両側(両腎)の部位コードを使用する
判定区分は重い区分にあわせる

該当する所見に
し点チェックする

印字されていないものは
手書きで記載する

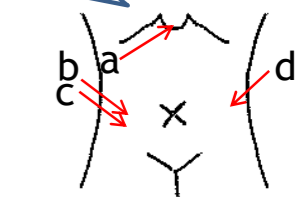
区域を記載する

該当する部位・所見
判定区分を記載する



対応する写真と
同じアルファベット
または数字を記載する

写真に対応する
ポディーマークを
記載する



備考	頸動脈判定区分	検査者印
	A・B・C12・C6・E・F・D 1・2・3・6・7・9・9	

備考	腹部判定区分	検査者印
	A・1	けんしん

検査実施者の
サイン又は印鑑