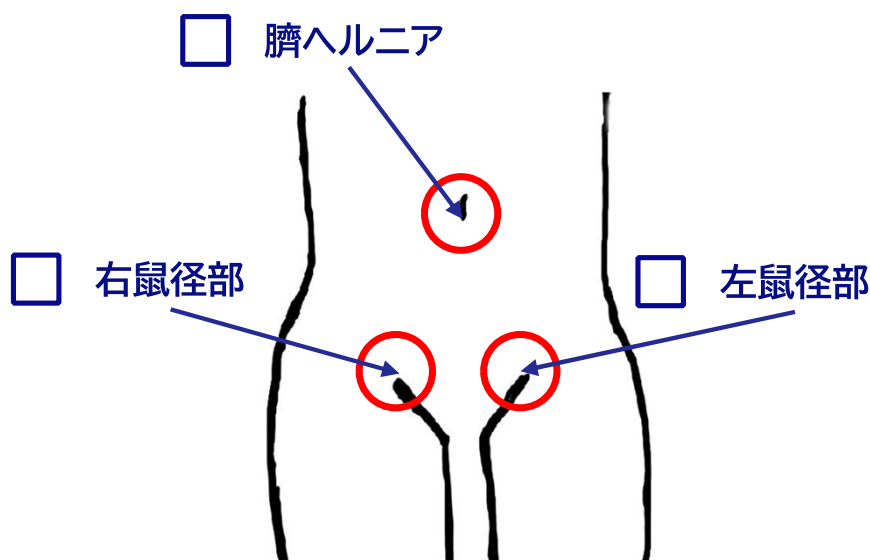


紹介元医療機関名: _____

患者氏名: _____ 生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

1 病変部位

(該当部位に✓または○を付けてください)



2 症状

(あてはまるものに✓をお願いします)

- ☐ 鼠径部の膨隆(脱腸)
- ☐ 臍の膨隆
- ☐ 疼痛・違和感
- ☐ 還納困難
- ☐ 嵌頓疑い(強い疼痛・嘔吐など)
- ☐ その他()

3 検査

(実施したものに✓をお願いします)

- ☐ 身体所見
- ☐ 超音波検査
- ☐ CT検査
- ☐ その他 ()

4 備考欄

(既往歴・内服薬・アレルギー・その他連絡事項などご自由にご記入ください)
