

検査依頼書(乳房X線撮影)

兼 診療情報提供書

※ 太枠内のみ記入してください

依頼元機関名

依頼医師名

予約日時

年 月 日(曜日)

午前・午後

時

分

フリガナ

患者氏名

様(男・女)

生年月日 M・T・S・H

年

月

日

左右両方 2方向(CC・MLO)

左右両方 1方向(MLO)

左のみ 2方向(CC・MLO)

左のみ 1方向(MLO)

右のみ 2方向(CC・MLO)

右のみ 1方向(MLO)

その他(スポット等

)

傷病名

既往歴等

病状経過・検査目的(できるだけ詳細に記入してください)

現在の処方及び備考

下記対象の方はマンモグラフィー検査を受けられません

●心臓ペースメーカーを植え込んでいる方

●IVHポートを植え込んでいる方

●脳ドレナージを挿入している方

●妊娠中の方

●授乳中の方

●豊胸手術を施行されている方

●その他、異物を体内に挿入されている方

検査結果

画像について

CD-R

フィルム

不要

読影レポートについて

FAX

郵送

不要

使用材料

CD-R

枚

B4フィルム

枚

その他(

)

読影レポート

有り

無し

県西総合病院 地域医療連携室

電話 0296-75-3171 (内線)788

FAX 0296-75-6525