

診療情報提供書（マンモグラフィ検査依頼書）

■ 患者情報

カナ		生年月日	/ / (歳)
氏名			
住所		連絡先	自宅：
			携帯：
紹介先： 独立行政法人 地域医療機能推進機構 福岡ゆたか中央病院 放射線科 直通 0949-26-3710 Fax 0949-26-3721		紹介元： 住 所： 電 話： 医 師 名：	

■ 診療情報

以下の体内埋め込み物、処置はありますか？ ※当てはまる方は検査できません

☐ ない ☐ ある → ☐ ペースメーカー ☐ VPシャント ☐ インプラント（豊胸）

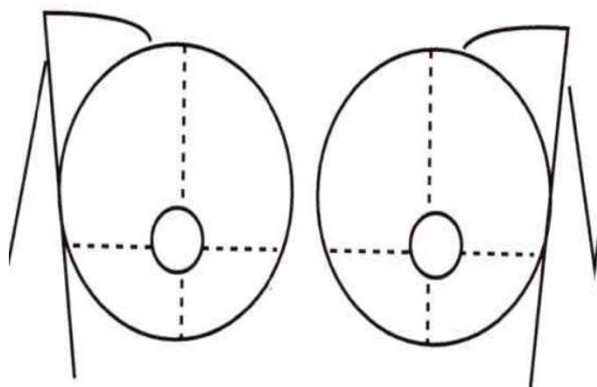
紹介目的：

既往歴：

症状経過・検査及び治療計画：

マンモグラフィ検査依頼内容 検査日時： 年 月 日 AM・PM ：

【症状や触診など特記事項がありましたら記入をお願いします】



CD（画像）

☐ 当日持ち帰り

☐ 郵送

※読影結果は、後日読影を行うため全て郵送になります