

横浜労災病院 マンモグラフィー検査申込書・紹介状

申込日 令和 年 月 日

横浜労災病院地域医療連携室 へて (FAX 045-474-8344)

下記の空欄部分に必要な事項を記入のうえ、FAXで送付してください。

検査希望日 月 日 () (おおむね1週間後でお願いします)

検査枠 【 木 】 15:00 , 15:15

【紹介医療機関】

名称		医師名	
所在地	〒(-)	電話番号	- -
		FAX番号	- -

【患者情報】

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男 ・ 女	大正(T) 昭和(S) 平成(H) 令和(R) 年 月 日
住所	〒(-)		電話番号 - - -
当院受診歴(有 ・ 無 ・ 不明)		患者ID	- -

撮影方法(チェックを入れてください)

- 左右: 両側 右側のみ 左側のみ
方向: 2方向+トモシンMLO 2方向(トモシンなし)
 CCのみ MLOのみ

臨床診断名及び検査目的等具体的に記載して下さい。

◆患者様情報(特記事項)を下記に記載して下さい。

※読影レポートと画像(CD-RまたはDVD-R)は後日郵送いたします