

横浜労災病院 マンモグラフィ検査申込書・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、横浜労災病院地域医療連携室 (FAX 045-474-8344) へて FAX へて返送下さい。

検査希望日 月 日 () (おおむね1週間後へてお願いします)

検査枠 【 木 】 15:00 , 15:15

紹介医療
機関名称

〒(-)

住所

医師名

電話番号 - -

FAX番号 - -

患者氏名		男・女	明治(M) 大正(T) 昭和(S) 平成(H)	年	月	日	
住所	〒(-)					電話番号	- -

当院受診歴(有 ・ 無 ・ 不明) 患者ID - -

臨床診断名及び検査目的等具体的に記載して下さい。

撮影方法をチェックして下さい。

(1) 右側のみ 左側のみ 両側

(2) CC+LAT 2方向 CC+MLO 2方向

◆患者様情報を、下記に記載して下さい。

薬剤アレルギー 無・有 ()

喘息 無・有

腎機能 正常・異常・未施行

感染症 無・Wa HB HCV 未施行

閉所恐怖症 無・有

その他 ()

◆お返事の方法を下記の項目より選択して下さい

画像の有無 必要 不要

※読影レポートと画像(CD)は、後日郵送いたします。