

検査依頼票 (兼 診療情報提供書)

マンモグラフィ・乳腺エコー

の検査を下記のとおり依頼します。※○印をおつけください。

(フリガナ) 患者氏名	様
生年月日 明・大・昭・平	年 月 日
性別 男・女	来院歴 有・無
当院ID	
連絡先 ()	

依頼元医療機関名 _____

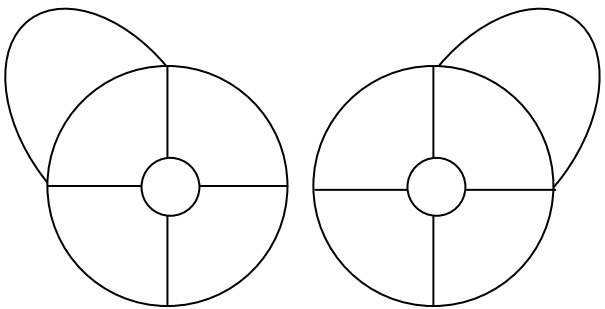
住所 _____

電話番号 () FAX () _____

御担当先生 _____

〔臨床診断〕
〔検査目的〕

検査部位



(R)
(L)

感染症(有・無)	
病名告知(済・無)	
妊 娠	有(か月)・不明・無
授 乳	有・無

〔希望日時〕

第1希望

月 日() 時

第2希望

月 日() 時

第3希望

月 日() 時

実施日	毎週水・金曜日	
検査時間帯	乳腺エコー	13:00~15:00(15分間隔)
	マンモグラフィ	13:00~16:00(20分間隔)

マンモグラフィ検査結果のお渡し方法 (フィルム又はCDのどちらかを選択ください。)
フィルム・CD を希望します。

検査結果は郵送のみとなります。 乳腺エコー検査の画像は、紙に印字したものととなります。

東京通信病院 放射線科予約受付 FAX 03-5214-7396 受付時間 9:00~16:50(月~金・祝日除く)