

# 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

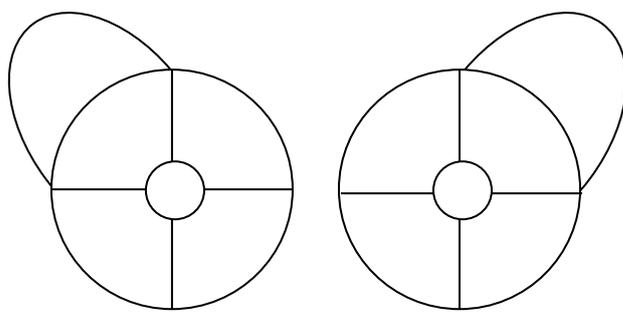
の検査を下記のとおり依頼します。 ※上の検査種別に○印をお付けください。

(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)

COVID-19 肺炎罹患歴 (有・無)
・発症日 ( 年 月 日)

妊娠	有( か月)・不明・無
授乳	有・無

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。

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。  
検査結果は郵送のみとなります。

[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)