

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

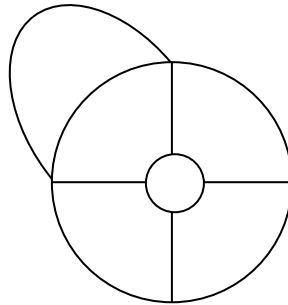
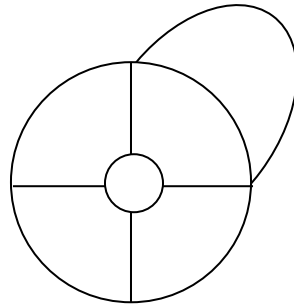
医療機関名.....

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

COVID-19 肺炎罹患歴(有・無)	
・発症日(年 月 日)	
・退院基準を満たした日、または隔離解除日 (年 月 日)	
※退院基準を満たした日、または隔離解除日から2週間以内の方、症状のある方は検査できません。	

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。

[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)

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

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)