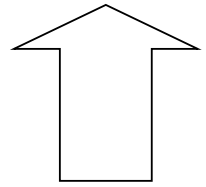


FAX 824-2872



## 診療情報提供書【マンモグラフィ検査依頼票】

ブラザー記念病院行

年 月 日

紹介元医療機関名

住所

電話番号

FAX番号

依頼医師名

下記の患者さまの検査を依頼します

|      |                  |      |       |
|------|------------------|------|-------|
| フリガナ |                  | 電話   |       |
| 患者氏名 |                  | 携帯電話 |       |
| 住 所  |                  |      |       |
| 生年月日 | 大・昭・平 年 月 日生（ 歳） |      | 男 ・ 女 |
| 主 訴  |                  |      |       |

①～⑤の該当箇所に☑を入れてください。

|                                                           |                                                                              |                                                       |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 依頼内容                                                      | ① <input type="checkbox"/> マンモグラフィ 2方向（2Dのみとなります）                            |                                                       |
|                                                           | ※ 詳細な撮影指示がある場合には記載ください。                                                      |                                                       |
| 確認項目                                                      | ② 妊娠中、もしくは妊娠の可能性（女性の方のみ）                                                     | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
|                                                           | ③ 授乳中または断乳後6カ月以内                                                             | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
|                                                           | ④ 胸部の手術をしている<br>（ペースメーカー・シャントチューブ・ポート等の人工物など）                                | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
|                                                           | ⑤ 豊胸術後                                                                       | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
|                                                           | ⑥ 乳房再建術後                                                                     | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
|                                                           | ⑦ 乳がん部分切除後                                                                   | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
|                                                           | ※ ②～⑤について、全て左側に☑がある事で安全に検査を行う事ができます<br>☑有の項目がある場合は医師の判断により検査中止とさせていただく事があります |                                                       |
| * 結果報告書と画像データを紹介元の医療機関へお渡しします                             |                                                                              |                                                       |
| * 検査にて緊急対応が望ましい所見を認めた場合、当院の判断で受診及び処置を<br>すすめさせていただく事があります |                                                                              |                                                       |
| 希望日時                                                      | <input type="checkbox"/> いつでもよい 第一希望 月 日（ ） 第三希望 月 日（ ）<br>第二希望 月 日（ ）       |                                                       |