

病診連携 マンモグラフィー検査依頼書(診療情報提供書)

下田メディカルセンター
地域医療連携室行き

FAX番号 0558-25-1616

貴院ご担当 _____

医療機関名	医師名
電話番号	FAX番号

フリガナ

患者氏名 _____ 性別 (男 ・ 女)

生年月日 (M ・ T ・ S ・ H) _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者住所 _____ 患者電話番号 (_____ - _____ - _____)

主訴・目的(病歴)

病歴経過

● 胸部(単純) ●

胸部 正位正面(P→A)	胸部 側臥位正面(A→P)
胸部 立位正面(A→P)	胸部 右側臥位正面
胸部 正位側面(R→L)	胸部 左側臥位正面
胸部 正位側面(L→R)	
胸部 座位正面	胸部 斜位
胸部 座位側面(R→L)	胸部 4R(正・側・斜)
胸部 座位側面(L→R)	

記録媒体 (CD フィルム) ※ ご指定がない場合は勝手ながらCDとさせていただきます。

特記事項・その他受診希望日

お申込み手順

- ・ ご記入後、下田メディカルセンター地域医療連携室(0558-25-1616)までファックスにてお申込み下さい。予約受付後、ファックスにて予約票を送ります。
- ・ 依頼書はコピーをとって原本は貴院控えに、コピーは予約票と一緒に患者様にお渡し下さい。患者様は予約日の予約時間15分前には医事課窓口(書類と保険証、当院診察券(通院歴がある方)を提出して下さい。

※ 当院の診察を希望される場合は診療情報提供書もご用意してファックスをお願いします。

※ お問い合わせは、下田メディカルセンター 地域医療連携室(0558-25-3535)までご連絡下さい。