

検査依頼書(マンモグラフィ) 兼 診療情報提供書

年 月 日

紹介先医療機関名 JR 仙台病院

放射線科 宛

紹介元医療機関

住所

名称

医師名

TEL

FAX

検査予定日時		年 月 日() 午前(9:00~12:00) ・ 午後(13:00~16:00)					
患者様	フリガナ			性別	JR 仙台病院受診歴		1 有 2 無
	氏名			男・女	生年 月 日	大・昭 平・令	年 月 日 歳
	住所	〒 TEL					
結果		持ち帰り ・ 普通郵便					
問診票 (下記の項目を記入してください)							
1	リブレ(血糖測定器)の装着				なし ・ あり		
2	前胸部への挿入物 (心臓ペースメーカー、豊胸バック等)				なし ・ あり		
3	妊娠の有無(妊娠の可能性含む)				なし ・ あり		

検査部位 (該当する箇所にチェックを入れてください)

- 2 方向 (MLO+CC)
- MLO のみ
- CC のみ

■検査の注意事項

- 問診票で1つでも「あり」と答えた方は検査できません。
- 授乳中の方、または断乳から6か月未満の方、立位保持が難しい方はご受診いただけません。

JR 仙台病院 放射線科
TEL 022-380-2316 FAX 022-380-2359