

# マンモグラフィー検査予約申込書

済生会飯塚嘉穂病院 地域医療連携室 宛  
[ → 放射線部 行 ]

FAX番号…0948-22-3859  
電話番号…0948-22-3804(地域医療連携室直通)  
…0948-22-3740(代表)放射線部(内線1400)

フリガナ		男 女	生 年 月 日	明・昭	年	月	日
患者氏名				大・平			
住所				TEL	-	-	
保険区分	健(本) 健(家) 日(本) 日(家) 国(本) 国(家) 退(本) 退(家) 生保 労災						
いずれかに○	自費 自賠 乳児 障害 ひとり親 前期高齢 ( 割負担) 後期高齢 ( 割負担)						
保険者番号	記号	番号	公費負担番号 (老人保健含)				
送迎サービス	希望しない ・ 希望する ( 行き ・ 帰り )						

予約日	年	月	日 ( 曜日)	時	分	画像提供方法
						CD ・ フィルム

診断名							
検査目的							
	主治医氏名						
紹介元医療機関	TEL						
	FAX						

## 注意事項

- マンモグラフィー検査は予約制です (当日不可)
- 読影レポートお届けは1週間ほどかかります。
- 立位保持可能な方。
- 検査後、会計を済ませてお帰りいただきます。