

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	生	明・昭			年	月	日
患者氏名				女	年	大・平			年	月	日
住所				TEL	-			-			
保険区分 いずれかに○	健(本)	健(家)	日(本)	日(家)	国(本)	国(家)	退(本)	退(家)	生保	労災	
	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)				

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

3D 追加 検査 (3Dのみの撮影 はお受けでき ません)	希望の方はチェックを付けて下さい。 チェックがなければ3D撮影を行いません。 <input type="checkbox"/>	<< 3D(トモシンセシス)撮影 >> 検出面に平行な方向において重なりのない、深さ方 向の情報を有する3次元画像。
---	---	--

診断名		
検査目的		
紹介元医療機関	主治医氏名	
	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。