

マンモグラフィ検査依頼書

依頼元機関名	電話番号	依頼医師名
予約日時	検査開始時間	年 月 日(曜日) 午前・午後 時 分
フリガナ		
患者氏名	様(男・女)	生年月日 年 月 日
筑西市民病院受診歴	無・有	ID
県西総合病院受診歴	無・有	ID
茨城県西部メディカルセンター受診歴	無・有	ID
撮影部位	<input type="checkbox"/> 両側 <input type="checkbox"/> 右のみ <input type="checkbox"/> 左のみ	
撮影方向	<input type="checkbox"/> 2方向 <input type="checkbox"/> CCのみ <input type="checkbox"/> MLOのみ	
※ 撮影手技については、当院の撮影条件を適用させていただきます。		
傷病名		
既往歴等		
症状経過・検査目的		
現在の処方及び備考		
チェックリスト		
●妊娠中または妊娠の可能性	有・無	
●ペースメーカー・ICD	有・無	※有の場合、検査は実施できません(機器の破損やコード・チューブ等の位置ずれの恐れがあります)
●VPシャント・CVポート	有・無	
●乳房豊胸手術・再建術	有・無	※有の場合、術側の撮影不可 又は圧迫不十分による画質不良となることがありますのでご了承ください
●その他 胸部への人工物の挿入	有・無	

読影レポート(有料) 必要 不要

※画像データはCDRIに出力し、検査終了後に患者様へお渡しいたします。

※読影レポートをご希望の場合、依頼元へ郵送でのご返却させていただきます。

茨城県西部メディカルセンター 地域医療連携室

電話 0296-24-9111(代表)

FAX 0296-24-9115(直通)