

(御依頼用)

(診療情報提供書)

紹介先

社会医療法人財団 古宿会

マンモグラフィ検査御依頼票

水戸中央病院

〒311-1135 茨城県水戸市六反田町1136-1

Fax. 029-309-8525 TEL. 029-309-8524

フリガナ	
氏名	様 女・男
生年月日	M・T 年 月 日 才 S・H
連絡先	() 自・勤
住所	

希望日①	年	月	日
希望日②	年	月	日
検査は15時～16時の間で実施させていただきます。			
※上記検査予約時間の 10分前 にご来院ください			
紹介元病院名	貴科名	御担当医師	
病院 医院	科	先生	
住所			
Fax.		TEL.	

撮影方向	<input type="checkbox"/> 2方向	<input type="checkbox"/> MLOのみ	<input type="checkbox"/> CCのみ
撮影部位	<input type="checkbox"/> 両側	<input type="checkbox"/> 右のみ	<input type="checkbox"/> 左のみ
臨床診断			
臨床経過および検査目的 (具体的にお願いします)			
画像読影	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	

検査前チェック (正確に確認をお願いします)

禁忌	妊娠または妊娠の可能性	無・有	
	授乳	無・有	断乳後6ヶ月以内も検査はお断りしています
	ペースメーカー	無・有	有の場合、機器の破損やチューブ・コード等の位置ずれの恐れがあるため検査はお断りしています
	水頭症のVPシャント	無・有	
	CVポート	無・有	
	乳がん手術	無・有	1年以内に胸辺りに手術を受けられた場合、手術部位が開いてしまう可能性があるためお断りしています
	胸部付近の手術	無・有	
	豊胸手術	無・有	プチ整形や脂肪注入、ヒアルロン酸注入を含む豊胸手術後の方は破損の危険があるためお断りしています
抗凝固薬	無・有	圧迫による内出血の恐れがあるためお断りしています	

※高度円背、座位保持困難等の方は検査出来かねます。

※乳房再建術有の場合、術側の撮影不可また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。

※検査当日は、上半身のみ脱いででの撮影になりますので着脱しやすい服装でご来院ください。

その他 ご不明な点がございましたら、お電話にて問い合わせください。

地域医療連携室 029-309-8524