

乳房撮影・X線TV検査用

大阪南医療センター地域医療連携室【放射線科依頼書 FAX用紙】



FAX番号：0721-50-4416(直通) 電話：0721-50-4415(直通)

地域連携室受付時間は 月～木曜日9:00～17:15 / 金曜日9:00～20:00 / 土曜日9:00～13:00 となります。
(ただし、上記曜日で祝日の場合は対応していませんのでご了承下さい。)

患者様基本情報		性別	生年月日			
患者様のご氏名	(フリガナ)	男 女	大正 昭和 平成 令和	年	月	日生
	様			()歳		
住所	〒	電話番号	-	-		
当センターでの受診歴の有無		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (診察券の番号：)				
患者様の病名・主症状 *必ずご記入願います		(診療情報提供書は、受診日前日までにFAX送信下さい。)			現在、貴院に 通院中 入院中 (該当する方に○印をお願いします。)	
ADL 該当に☑してください		<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり → 来院方法をご記入下さい []				
問診票		1. 妊娠の有無 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 2. 体位の保持 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
医療機関名 住所 医師名		電話番号				
		FAX番号				

撮影依頼項目選択 *検査希望は1検査ごとに1枚ずつ依頼書が必要になります。

◆検査希望日◆ 以下のいずれかの検査に☑チェックし、希望日を記入下さい。

第1希望日： 月 日 曜日

第2希望日： 月 日 曜日

乳房撮影	<input type="checkbox"/> 乳房撮影 (マンモグラフィー) ※胸部にCVポート・ペースメーカー・ICD・豊胸手術・シャントチューブのある方は検査できません。
------	--

X線TV	<input type="checkbox"/> 胃透視 <input type="checkbox"/> その他 ()
------	--

検査結果について	*検査後の画像 (CD-R) ・所見は「ゆうパック」にて数日以内に郵送致します。
----------	--

連絡事項等	
-------	--