

乳腺疾患センター 事前診療申込書 (FAX専用)

年 月 日

北福島医療センター
医療連携室 行

FAX 024-551-0104 (連携室直通)

TEL 024-551-0101 (連携室直通)

※お申込み受付時間 月～金 8:30～17:30
土曜日 8:30～12:30

【紹介元医療機関】

名称及び住所	医師名	
	科	先生
	TEL ()	
	FAX ()	

【患者様情報】

フリガナ 氏名	男 ・ 女	明治・大正 昭和・平成 年 月 日生
	電話番号	ご自宅 ー ー 携 帯 ー ー
傷病名 乳癌疑い ・ 乳癌術後 ・ その他 ()		
紹介目的及び情報 1. 精 査 () 2. セカンドオピニオン () 3. その他 ()		
都合の悪い日をご記入下さい (お申込み日より3週間以内)	受診希望の担当医師 ※ご希望に添えない場合がありますので、ご了承下さい。 無 ・ 有 (医師)	
マンモグラフィ撮影した方はご持参下さい。 (有の場合は○をおつけ下さい)	無 ・ 有	(1方向 ・ 2方向) (CD ・ フィルム)

※ 予約日の確認ができ次第、乳腺科より患者様へ直接ご連絡させていただき、調整させていただきます。

尚、日程の調整にお時間をいただく旨、患者様へお伝えください。

※ 紹介目的及び情報につきましては、診療情報提供書を添付の上、お申込み下さいませようお願い致します。