

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
地域医療連携室 行

FAX 024-551-0104

TEL 024-551-0101

※ 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
	TEL
	FAX

【患者様情報】

フリガナ	男 ・ 女	大正・昭和	年	月	日生
患者氏名		平成・令和			
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 ()		連絡先 ()		
	2. セカンドオピニオン ()		()		
	3. その他 ()				
都合の悪い日	希望医師※ご希望に添えない場合もございます。 有 (医師) ・ 無				
マンモグラフィを撮影した方はご持参ください	(1方向 ・ 2方向) (CD ・ フィルム)				
有 ・ 無					

※ 診療情報提供書と検査データ、感染症問診票の添付をお願いします。

DVD・フィルムがある際は事前に郵送にてお送りください。

《患者様へお伝えいただきたいこと》

※ 予約調整は医師確認後のご連絡となりますのでお時間いただきます。

※ お薬手帳は必ず持参ください。