乳腺疾患センター　事前診療申込書（ＦＡＸ専用）

平成　　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　－　－ 携　帯　－　－
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、お申込み下さいますようお願い致します。