

トモシンセシスガイド下マンモトーム生検 申込書

令和 年 月 日

市立貝塚病院 乳腺外科担当医宛 *この用紙が診療情報提供書となります。

紹介元 医療機関	所在地			
	医療機関名			
	医師名	(印)		
	電話番号		FAX	

* 該当の項目に☑をつけて下さい。()内は具体的に記入をお願いします。

(ふりがな)		性別	男・女
患者氏名		年齢	
患者住所		電話番号	
生年月日	T・S・H・R 年 月 日		
紹介目的	トモシンセシスガイド下マンモトーム生検(生検のみ)		
病変部位 検査内容	● 左右 ☐右 ☐左 ☐両側(左右で別日の予約が必要です) ● マンモグラフィ石灰化部位 MLO ☐U ☐M ☐L ☐その他() CC ☐O ☐I ☐その他() * 特に生検を希望したい部位があればお願いします () ● マーキングクリップ ☐必ず留置してほしい ☐必要時のみでよい ● 翌日の創部処置 ☐紹介元の病院(クリニック) ☐市立貝塚病院 ● 乳癌の場合、免疫染色を希望する ☐いいえ ☐はい ※免疫染色を実施した場合、後日追加料金のお支払いのためご来院の必要があります。		
問診 (全項目の チェックが 必須です)	・体位 1時間のうつぶせが可能 ☐可能 ☐不可 ※「不可」の場合、検査を受けることができません ・感染症 ☐なし ☐あり() ・抗血栓薬内服 ☐なし ☐あり() ・金属アレルギー ☐なし ☐あり() ・その他、アルコールアレルギーなど() ・移動方法 ☐独歩 ☐杖など()		
その他	何かあればお願いします		
検査希望日	診察日 毎週月曜日 午後1時又は午後2時～検査・診察 希望日 ① 月 日 ② 月 日 ③ 月 日 ※希望日については、ご希望にそえない場合がありますので、あらかじめご了承ください。 こちらから折り返し予約通知書を送付しますので、患者様にお渡しください。		
確認事項 必ずご確認の上、 チェックをお願い します。	以下の点をご確認の上、患者様にもお伝えください。 ☐ 病変部位の確認のため生検直前にマンモグラフィと超音波検査をおこないます。 ☐ 病理診断結果は2週間目以降に FAX と書類でお返します。 ☐ 病理検査結果の説明は検査依頼医が行ってください。		

FAX 送信先 市立貝塚病院 地域医療連携室 072-438-5511
大阪府貝塚市堀 3 丁目 10-20 市立貝塚病院 072-422-5865(代表)