

乳房検査申込書 兼 診療情報提供書(他院医師記入用)

- (1) ふりがな
患者氏名 性別：男・女
生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
- (2) 希望日 第1希望 月 日() 第2希望 月 日()
- (3) 希望検査 にチェック(×)をして下さい。
 マンモグラフィ検査 乳腺超音波検査
- (4) 臨床診断と検査目的
診断名(必須) :
検査目的 :
- (5) 妊娠の有無(女性の場合) : 無・可能性あり・有 (「有」または「可能性あり」場合はマンモグラフィ検査をお受けできません。)

※下記のチェックリストの記入を必ずお願いします。記入漏れがございますと、検査ができない場合もありますので、御注意下さい。

<乳房検査チェックリスト>

- ① 乳房検査を受けられた事がありますか? (初めて・はい)
- ② (①「はい」と答えた方) 乳房検査を受けられた事がある方へ、
精密検査が必要と言われた事がありますか? (いいえ・はい 年 月頃)
精密検査結果 ※上記「はい」と答えた方 : 異常なし・異常あり (病名:)
- ③ 今までに乳房の病気にかかった事がありますか? (いいえ・はい 病名:)
- ④ 乳房の手術を受けられた事がありますか? (いいえ・はい 内容:)
- ⑤ 現在の乳房の状態についてお答え下さい。
しこりがありますか? (いいえ・はい 左・右・両方 年 ヶ月前から)
乳をしぼると分泌物がでますか? (いいえ・はい 左・右・両方 年 ヶ月前から)
授乳中ですか? (いいえ・はい)
痛みがありますか? (いいえ・はい 左・右・両方 年 ヶ月前から)
その他心配なことはありますか? (いいえ・はい 左・右・両方 年 ヶ月前から)
(内容を教えて下さい:)
- (6) 以下の項目に一つでも「はい」がある場合は、マンモグラフィ検査を受けられません。
豊胸術を受けられた事がありますか? (脂肪・生理食塩水などの注入も含む) (いいえ・はい)
ペースメーカーがありますか? (いいえ・はい)
脳室-腹腔シャント(V-P)がありますか? (いいえ・はい)
CVポートがありますか? (いいえ・はい)
授乳中あるいは断乳後6ヶ月未満ですか? (いいえ・はい)
- (7) 記入者名 : 医療機関名 医師名

ご依頼医療機関様

マンモグラフィ検査結果画像の媒体は、CD-ROMとなります。

当検査結果は、個々の検査結果のみをお伝えしております。貴院におかれまして、触診等他の検査結果と合わせ、総合判断して頂いたうえて、患者様へお伝え頂きますようお願い申し上げます。

FAX : 03(3864)7901(地域連携室直通)

三井記念病院 03(3862)9111 地域連携室(内線 8071) 放射線科(内線 2600)

改訂 2015.10.30