

## FAX 連絡用紙Ⅳ（乳腺外来予約）

令和      年      月      日

送 信 先	日本歯科大学医科病院 地域医療連携室 FAX : <b>025-267-1670 (直通)</b> TEL : 025-211-8257 (直通)
-------	--

送 信 元	病院・医院	科
	医師名	先生
	FAX	TEL

臨床診断 または主症状	*診療情報提供書がある場合は、ご記入いただかなくても構いません。
マンモグラフィ 検査 チェック項目	マンモグラフィ検査（ 要 ・ 不要 ） *症状がない30歳未満の方のマンモグラフィ検査はお勧めしません。  ①該当する場合は検査できません。 豊胸手術 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ペースメーカー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 妊娠の可能性 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 妊娠中  ②該当する場合は検査をお勧めしません。 授乳中 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい  ③乳腺疾患の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (手術歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)
予約希望日	第1希望                      月            日 (水)    13:30 14:00 14:30 15:00 第2希望                      月            日 (水)    13:30 14:00 14:30 15:00

患者基本情報	フリガナ 氏 名		男 ・ 女
	生年月日	明・大・昭・平      年      月      日 (      歳)	
	住 所	〒	
	TEL		
当院受診歴	有 ・ 無		
	受診歴の有る方で診察券番号がお分かりでしたらご記入下さい。		—

※乳腺外来は毎週水曜の13:30~15:30（診察は14:00~）となります。  
 ※FAX 予約受付時間 月~金曜日(病院休診日除く) 9:00~16:30まで  
 ※上記の時間外に FAX を送信された場合は、翌診療日での対応となります。予めご了承下さい。