ステレオ下バイオプシー（マンモトーム生検）
紹介患者事前申込書

様式 6 2020年7月版

年　　月　　日

名古屋第二赤十字病院
患者支援センター 地域医療連携室 宛
TEL052－832－1121（代表） FAX052－832－5389
受付時間:当院診療日(月～金)の 8：30~19：00

ＦＡＸ送信先０５２－８３２－５３８９

下記の患者さまについて、ステレオ下バイオプシー（マンモトーム生検）を申し込みます。なお、検査時に患者さまに対する緊急処置が必要な場合は、貴院の対応に一任します。

《 紹介元情報の記入をお願いします 》

〒
住所
施設名
医師名

〈ＴＥＬ　　－　　－　　〉
〈ＦＡＸ　　－　　－　　〉

①検査を受けられる患者さんの情報についてご記載ください。

登録医番号						

八事日赤の診察券番号（分かればご記載ください）									－		

フリガナ			Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ （西暦） 年　月　日（満　才）	男
氏　名			旧姓 （　　） ※当院最終受診後、改姓された方は必須	女
現住所	（〒　　－　　）郵便番号は必ず記入してください			
電話番号	（自宅・勤務先・携帯）　　－　　－			

②保険情報についてご記載ください。保険証・医療証のコピーを FAX していただいても結構です。

※労災・交通事故・生活保護（該当の方は左記に〇をつけてください）

保険者番号								
記号番号/被保険者番号								
被保険者（本人・家族）	負担割合（　　割）							

公費負担区分	乳・障・母・福・その他（　　）							
公費負担者番号								
受給者番号								

③下記項目について回答、あるいはご確認ください。また、検査希望日についてご記載ください。

問　診 **確認事項**	□ 妊娠中ですか又はその可能性がありますか　（ はい ・ いいえ ） □ アレルギー体質はありますか　（ はい ・ いいえ ） □ 本紙と共に内服薬の内容を含んだ紹介状と採血結果をお送りください。 （貴院書式で構いません）
指針（診療用放射線の安全利用）に従い、検査の必要性を説明しましたか（必須）	**□ 説明した** ※マンモグラフィ検診を行うため ※説明実施後、左記にレ点を付してください
検査希望日	第１希望：　年　月　日（火）　年　月　日（火） 第２希望：　年　月　日（火）**都合の悪い日**　年　月　日（火） 第３希望：　年　月　日（火）　年　月　日（火） **※希望日は火曜日のみでお願いします。やむを得ず火曜以外を希望される方は、乳腺外科山内医師宛にメールにて直接ご連絡ください。** **メールアドレス：kohyama@nagoya2.jrc.or.jp**

※予約受付後、ご案内の用紙を FAX にて返信しますので、内容をご確認の上、患者さまにお渡しください。
※当検査実施後、貴院において検査部位の状態確認をお願い致します。

検査日・検査時間（八事日赤記入欄）	年　月　日（　）　：	