診療情報提供書（MMG 依頼票）

紹介先医療機関等名：たま日吉台病院分院
TEL：044-955-1611
FAX：044-955-1621

紹介元医療機関の名称：
所在地：
電話番号：

医師名　　㊞

検査日：平成　　年　　月　　日　　時　　分開始

患者名	フリガナ	男 女	生年月日 明治 大正 昭和 平成 年　月　日	歳
傷病名				
診断名 精査目的	□乳房精査　□異常分泌（色：　　） □乳房痛　□しこり精査			
撮影方向 及び指示	両側・R・L	○2R　○その他 ○1R（MLO・CC）　（　　）		

	方向	照射回数	FFD	kV	mAs	Grid	Filter
MMG 撮影条件		拡大・ｽﾎﾟｯﾄ 回				＋	Mo・Rh

技師名

必要な場合は、○を付けて下さい。

Copy 媒体		読影レポート	
CD-R　無料		無・有	有の場合のみご記入下さい。 郵送・FAX
ｺﾋﾟｰ CD-R	枚		FAX 番号
Film（大四）	枚		