

( 様式 6 )

# マンモグラフィー依頼伝票

北見赤十字病院  
地域医療連携室 宛

予約専用FAXフリーダイヤル ☎0120-018-599(直通)  
専用電話 フリーダイヤル ☎0120-018-299(直通)

|                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 依頼元医療施設名                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                          |
| 電話番号 (                      )                      -                      ・ F A X (                      )                      - |                                                                                                                                                                                          |
| フリガナ                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                          |
| 患者氏名                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                          |
| 生年月日                                                                                                                              | 明治・大正                      年                      月                      日生(                      才                      ヶ月)                      性別                      男 ・ 女<br>昭和・平成 |
| 現住所                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                          |
| 電話番号 (                      )                      -                                                                              |                                                                                                                                                                                          |
| 当院の受診歴                      (                      有                      ・                      無                      )         |                                                                                                                                                                                          |
| 現病名                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                          |
| 既往歴                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                          |