年　　月　　日

乳腺検査申込依頼書〔診療情報提供書〕

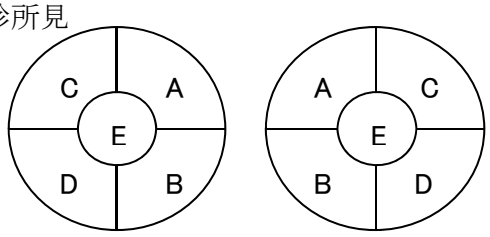
大阪府済生会 野江病院　　TEL　06-6932-0701(直通)
地域医療連携課　御中　　FAX　06-6932-7002(専用)

紹介元医療機関名		医　師　名	
ＴＥＬ		ＦＡＸ	

臨床診断及び検査目的

マンモグラフィー
乳腺超音波検査
乳腺MRI

触診所見



〔検査希望日時〕　　月　　日　　時

フリガナ			性別	被保険者	続　柄
氏　　名	［姓］	［名］	男・女		本人・家族
生年月日	明・大・昭・平・令　　年　　月　　日生　〔　　才〕				
住　　所	（〒　　－　　） TEL　　〔　　〕				

保険者									公費								
	［記号］				［番号］												
資格取得年月日	年　　月　　日								年　　月　　日								
有効期限	年　　月　　日								年　　月　　日								

医療受給者証一部負担金割合　※【1割　2割　3割　助成】
高齢受給者証一部負担金割合　※【1割　2割　3割　助成】

※健康保険証、医療証があればFAXして下さい。上記欄の記載は結構です。