

診療情報提供書 乳腺・内分泌外科紹介用

長野市民病院御中

年 月 日

紹介元医療機関 紹介医師氏名 (住所・電話番号)		(TEL)	
患者情報	フリガナ	男	生年月日 (歳)
	氏名	女	明・大・昭・平・令 年 月 日
	住所	(〒 -) (TEL)	

☐ 医療機関への連絡

☐ 患者さんへ直接連絡

☐ 患者さんから連絡

【症状】 該当するものに○印をお願いいたします。 乳房のしこり / 乳頭分泌（血性、その他）
乳房の痛み / 乳房の腫脹 / マンモグラフィ検診 / 乳房超音波検診 / その他

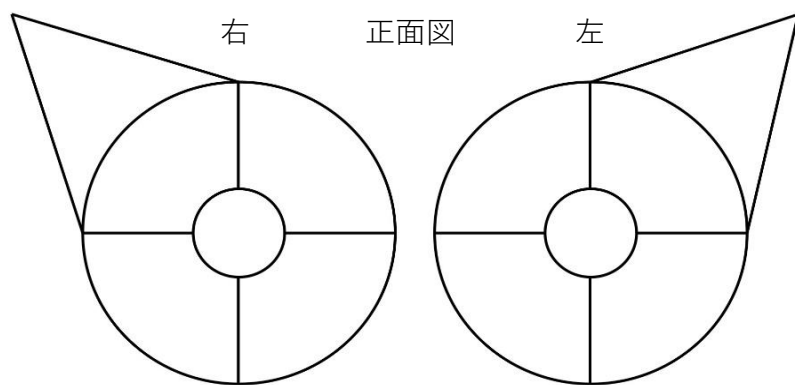
【紹介理由】 (□に1つチェックをつけてください)

【緊急度】 (□に1つチェックをつけてください)

- ☐ 乳がん（疑い）精査 (右 ・ 左)
- ☐ 乳腺腫瘍 精査 (右 ・ 左)
- ☐ 乳腺炎 精査 (右 ・ 左)
- ☐ 乳頭分泌 精査 (右 ・ 左)
- ☐ 患者さんから連絡 (右 ・ 左)

- ☐ 至急（翌診療日）の予約依頼
- ☐ 週間以内
- ☐ いつでも良い

【部位】



しこりの大きさ（単位cm）

× ×
その他 記載欄

