

医療機器共同利用検査予約申込用紙

(読影不要検査予約)

鳥取県立厚生病院 患者支援・地域連携センター 宛

FAX(0858)22-8210

年 月 日

フリガナ 患者氏名 住所 〒 電話番号 () -	貴院名 ・ 医師名
生年月日 (男・女)	大・昭・平・令 年 月 日(歳)
CT	<部位> _____ <input type="checkbox"/> 単純
MRI	<部位> _____ <input type="checkbox"/> 単純
骨密度	<部位> ①腰椎+大腿骨頸部 (<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右) ②腰椎のみ ③大腿骨頸部のみ (<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右) 8:30~10:30 月・水・金のみ (30分枠)
希望日 (午前のみ)	① 年 月 日() ② 年 月 日() ③ 年 月 日()

臨床症状、検査目的、その他の検査上の具体的指示を記入して下さい。	※妊娠の可能性
『コメント欄』	有 ・ 無

○ご不明な点は下記までお問い合わせください。

鳥取県立厚生病院
患者支援・地域連携センター
電話(0858)22-8181(内線5160)
FAX(0858)22-8210(直通)