

# 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 患者氏名様					
住所 〒					
電 話 番 号 (          )              —					
生 年 月 日		大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令			
( 男 ・ 女 )		年        月        日 (        歳 )			
CT		<部位>			
		<input type="checkbox"/> 単純			
MRI		<部位>			
		<input type="checkbox"/> 単純			
希 望 日 時		①                      年                      月                      日 (                      )			
		②                      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)  
平日 8:30~17:00(土日祝休み)