

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 様
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
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。 『コメント欄』	※妊娠の可能性 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)