

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)			
身長 cm	体重 kg			
CT	<部位>			
	☐ 単純			
MRI	<部位>			
	☐ 単純			
骨密度	<部位> 大腿骨付近の骨折歴や金属等が入ってない部位にチェックをお願いします ①腰椎+大腿骨頸部 (☐ 左 ☐ 右) ②腰椎のみ ③大腿骨頸部のみ (☐ 左 ☐ 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)
平日 8:30~17:00(土日祝休み)