医療機器共同利用（パートナーシップCT）

CT検査依頼書（※検査時にこの用紙をお持ち下さい）

鳥取市立病院　患者サポートセンター　宛
FAX：0857－37－1587

令和　　年　　月　　日

フリガナ 患者氏名　　様 （旧姓：　　） 住所　〒	貴院名 ・ 医師名
電話番号 ：　（　　）　　－	
鳥取市立病院の受診の有無 ：　有 ・ 無	
生年月日 （ 男 ・ 女 ） 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令　年　月　日（　歳）	**依頼医署名** ※直筆でお願いします

区 分	方 向	部 位
頭部系		頭部 ・ 眼窩 ・ 副鼻腔
頚部系		頚部
胸部系		胸部 ・ 胸部 ～ 上腹部 ・ 胸部 ～ 骨盤
腹部系		上腹部 ・ 下腹部 ・ 上下腹部（肝 ～ 骨盤）
椎体系		頚椎 ・ 胸椎 ・ 胸腰椎 ・ 腰椎
上肢系	両・右・左	肩 ・ 上腕 ・ 肘関節 ・ 前腕 ・ 手関節 ・ 手指（手根骨含む）
下肢系	両・右・左	骨盤 ・ 股関節 ・ 大腿 ・ 膝 ・ 下腿 ・ 足関節 ・ 足指（足根骨含む）

病名、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。

病名・目的
指示コメント

希望日時	
	① いつでもよい
	② 令和　年　月　日（　）　時　分　から　時　分
	③ 令和　年　月　日（　）　時　分　から　時　分

← ご希望時間は、受付から検査終了のご希望時間ではなく、あくまで受付いただける時間帯のことです。

○ご不明な点は下記までお問い合わせください。

鳥取市立病院　患者サポートセンター
電話（0857）37－1526
FAX（0857）37－1587（直通）

※妊娠の可能性	有 ・ 無

2022.04.01