

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	貴院名・医師名
(旧姓:)		
住所 〒		
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
頸部系		頸部
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		頸椎・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。

※妊娠の可能性	有・無
---------	-----

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)