

D

# CT

氏名  
性別  
生年月日  
医師

## 検査依頼票 (照射録)

検査日		午前 <input type="checkbox"/>	時	分
年 月 日 ( )		午前 <input type="checkbox"/>		
科名	外入	技師		
病室	撮影条件			
	KVP	mA	sec	
依頼病院・医院				
TEL				

検査目的・主症状

### 部位 (目的部位をはっきり限定して下さい)

頭部	胸部	腹部	脊椎	四肢
1. ルーチン <input type="checkbox"/> (OMLine)	1 肺野 <input type="checkbox"/>	1 胆・脾臓 <input type="checkbox"/>	1 頸椎 <input type="checkbox"/>	
2. 眼窩 上・下 <input type="checkbox"/>	2 縦隔 <input type="checkbox"/>	2 胆のう・胆道 <input type="checkbox"/>	2 胸椎 <input type="checkbox"/>	
3. その他 <input type="checkbox"/>	3 その他 <input type="checkbox"/>	3 膵臓 <input type="checkbox"/>	3 腰椎 <input type="checkbox"/>	
		4 腎臓(R..L) <input type="checkbox"/>	4 その他 <input type="checkbox"/>	
		5 骨盤腔 <input type="checkbox"/>		

### 撮影方法(希望するところにチェックをつけて下さい)

1. 単純   
2. 造影

- 1 オムニパーク 300ml  100ml   
2 イオメロン   
3 その他 ( )

### 造形剤名

検査所見