

マルチCT検査依頼票・照射録

1枚目 } →放射線科へ提出
 2枚目 }
 3枚目 → 患者様へ渡す

No

氏名

生年月日

科名

性

依頼日

検査予定日 いずれかを○で囲んで下さい。 外来・入院 (F)

年	月	日	AM	時	分
			PM		

検査部位		所見	要・不要
依頼施設名	寝屋川ひかり病院	ご依頼元	

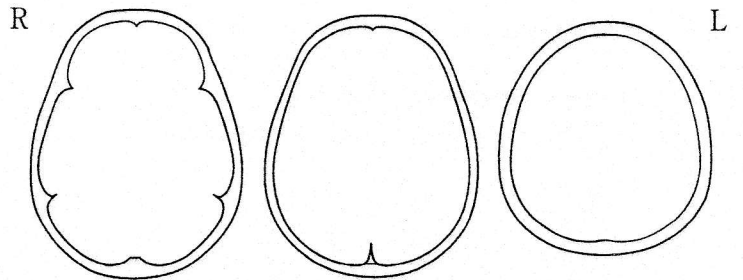
撮影日	年	月	日	条件 120KVp	mA	sec	技師
半切 × () 枚				造影剤	シリンジ 100ml		

太ワク内は必ず御記入下さい。

〈検査部位〉	詳細にチェックして下さい。	症状及び経過
頭部	全脳・骨条件・副鼻腔	単純・造影 3D Sagittal Coronal 依頼医 _____
胸部	肺野と縦隔	
腹部	肝～腎・全腹部・肝ダイナミック・ 全腹部ダイナミック	
骨盤部	軟部・骨条件	
脊椎	頸椎・胸椎・腰椎	
骨・関節部	部位 ()	
CTA	部位 ()	
その他	部位 ()	

診断:

所見:



診断医 _____

所見欄に記載のないものは1枚目と2枚目を切離さないように。

