

CT検査伝票・照射録

※太枠内（ID・造影剤名以外）の記入をお願いします

検 査 日：（西暦）	予約時間：
I D	医療機関名：
フリガナ	依頼医師：
氏 名	
生年月日：（西暦）	画像データ：（ ）要・（ ）不要
性 別：（ ）M・（ ）F	読影結果：（ ）要・（ ）不要
年齢： 歳	体重： kg
<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 … <input type="checkbox"/> オムニパーク 100ml <input type="checkbox"/> オムニパーク 150ml	
頭 頸 部	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 内耳孔 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 甲状腺
胸 腹 部	<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 肺気腫測定
	<input type="checkbox"/> 胸部～骨盤 <input type="checkbox"/> 肺気腫測定 <input type="checkbox"/> 内臓脂肪測定
	<input type="checkbox"/> 腹部～骨盤 <input type="checkbox"/> 内臓脂肪測定
脊 椎	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎
その他の部位	
主 訴：	
病 歴：	
臨床所見：	

120 KV

220・Auto mAs

mGy

mGy・cm

技師