

C T 検査 申込書 (所見書)

ID カガナ 氏名 大・昭・平・ 年 月 日生 男・女 (歳)	検査日 年 月 日 () 午前 午後 : 外来 (科) ・ドック 2南・2北・3南・3北・3西 (号室)	依頼医 医療機関名 技師
患者の状態 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー 単純 ・ 造影 造影剤 <input type="checkbox"/> イオパミロン370 ml シリンジ <input type="checkbox"/> 生食 100ml		画像処理 <input type="radio"/> ルーチン <input type="radio"/> 3D <input type="radio"/> MPR
<input type="checkbox"/> 頭部 (脳・骨) <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 股関節 (右・左) <input type="checkbox"/> 肩・肘 (右・左) <input type="checkbox"/> 顔面骨 <input type="checkbox"/> 全腹部 (肝～骨盤) <input type="checkbox"/> 膝 (右・左) <input type="checkbox"/> 手関節 (右・左) <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 腹部 (肝～腎) <input type="checkbox"/> 足関節 (右・左) <input type="checkbox"/> 手・指 (右・左) <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 足 (右・左) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎・胸椎・胸腰椎移行部・腰椎・仙尾椎)		
詳細指示・検査目的		スライス厚 管電圧 120KV <input type="checkbox"/> 10mm <input type="checkbox"/> 5mm 管電流 300mA <input type="checkbox"/> 2mm <input type="checkbox"/> 時間 0.75sec

病歴・臨床経過など

.....

.....

.....

.....

.....

	所見	<input type="checkbox"/> 要	<input type="checkbox"/> 不要
--	----	----------------------------	-----------------------------

所見

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

..... 年 月 日 読影医