|  |
| --- |
| CT照射録 |
| カナ氏名 |  | 検査日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 患者氏名 |  | 依頼医師 |  |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 | 性別 | 男　　・　　女 |
| 造影 | なし　　・　　あり | Cr値（造影時記入） |  |
| 撮影部位 | 頭部頚部胸部 | 腹部四肢 （　　　　　　　 　　 ）その他 （　　　　　　　　　） |
| フリーコメント（撮影方法、検査依頼目的などお書きください） |
|  | KV | ｍA | Sec | ｍｍ slice | 撮影者 |
| 撮影条件 | 120 |  | 0.8　1.0　1.5 | 1 2 3 5 7 10 |  |

医療法人社団 誠弘会 池袋病院