|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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