

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	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 頭部 頸部 胸部 </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 腹部 四肢 () その他 () </td> </tr> </table>					頭部 頸部 胸部	腹部 四肢 () その他 ()
頭部 頸部 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			