

カルテ番号	<b>照 射 録 (CT)</b>												
氏名													
才 殿													
	年 月 日												
	<table border="1"> <tr> <td>外来</td> <td>医師</td> <td></td> </tr> <tr> <td>入院</td> <td>医師</td> <td></td> </tr> <tr> <td>病室</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="3">住所はカルテに同じ</td> </tr> </table>	外来	医師		入院	医師		病室			住所はカルテに同じ		
外来	医師												
入院	医師												
病室													
住所はカルテに同じ													

カルテ番号	<b>C T 会 計</b>												
氏名													
才 殿													
	年 月 日												
	<table border="1"> <tr> <td>外来</td> <td>医師</td> <td></td> </tr> <tr> <td>入院</td> <td>医師</td> <td></td> </tr> <tr> <td>病室</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="3">住所はカルテに同じ</td> </tr> </table>	外来	医師		入院	医師		病室			住所はカルテに同じ		
外来	医師												
入院	医師												
病室													
住所はカルテに同じ													

単 純	造 影	検査 部位	頭 部	胸 部	骨盤腔	半切	枚
			頸 部	腹 部	その他	CT.No.	

単 純	造 影	検査 部位	頭 部	胸 部	骨盤腔	半切	枚
			頸 部	腹 部	その他	CT.No.	

現病歴・検査目的（具体的に）			当院での前回 CT No. ( )	
KVP	mA	Sec	スライス数	技 師

造 影 剤		ml	(本)
		ml	(本)

<こちらに記入をお願いします>

<こちらは白紙のまま提出してください>