

カルテ番号	照 射 録 (CT)
氏名	
才 殿	

年 月 日		
外来	医師	
入院	医師	
病室		
住所はカルテに同じ		

カルテ番号	C T 会 計
氏名	
才 殿	

年 月 日		
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>