

C T 検査依頼用紙

カルテ添付用

放射線科保存用

カルテ No		検査日		年	月	日 ()	午前	時	分	
氏名						午後				
生年月日		性別		依頼病院		病院		科 外来		
発行日								入院 ()		
		体重 : kg		MRI NO .						
この枠内は依頼医師が記入の事	検査部位	頭部一般	軟部腫瘍・骨・関節			特殊撮影	CTA		3D	
		頭部 (5mm+10mm)	脊椎 (頸椎・胸椎・腰仙椎)				DYNAMIC		MPR	
		副鼻腔 ()	四肢 ()				MYELO			
		頸部 (甲状腺)	骨盤骨 ()				造影の有無		有 ・ 無	
		胸部 ()	大血管 ()				造影剤名			
		腹部 ()	DIC ()			第1相		ml/sec	DELAY TIME	
		骨盤腔 ()	心臓 (冠動脈)			第2相		ml/sec	SEC	
		その他 ()								
臨床診断		主訴			注入速度					
現病歴・依頼目的										
依頼医師名 _____										
所見										
診断医 _____										
照射録	multislice scan	管電圧	管電流	スキャン時間	スライス厚	CD - R	Dupe フィルム枚数	照射技師氏名		
		120 k V					Plan 枚			
	helical scan	130 k V	mA	sec	mm	枚	CE 枚			