

CTスキャン照射録

ID 氏名 _____ 殿 生年月日 _____ 才 性別 M・F _____ (病院名) _____				医師名			
				状態	独歩・車イス・担送		
				感染症	有()・無		
				妊娠	有・無		
				ペースメーカー	有・無		
頭部	頸部	胸部	腹部	骨盤腔	脊椎	その他	
1)天幕上下部 2)眼窩 3)副鼻腔 4)CTA	1)甲状腺 2)顎下腺 3)耳下腺 4)CTA	1)縦隔 2)肺 3)心臓 4)血管	1)肝臓 2)胆のう 3)膵臓 4)脾臓 5)腎臓 6)副腎	1)膀胱 2)子宮 3)卵巣 4)前立腺 5)骨盤骨 6)股関節	1)頸椎 2)胸椎 3)腰椎 4)仙椎		
P・E・P+E	P・E・P+E	P・E・P+E	P・E・P+E	P・E・P+E	P・E・P+E	P・E・P+E	
造影剤使用希望		無・有 ※有の場合は診療でのご案内になります					
再構成像 ※2		T R S ・ C O R ・ S A G ・ V R T (3 D)					
読影		要・不要					
臨床診断:							
現在までの経過・手術歴:							
検査目的:							
備考:							
撮影方法				技師名			
(1)slice厚(mm):							
(2)条件: 120kv mAs							
検査日時: 年 月 日 () 午前・午後 時 分							
☆太枠内を記入して下さい。 ☆読影希望の時は、臨床所見を詳細にご記入ください。							
☆記入漏れがある場合、確認が取れるまで検査を行えない場合があります。							
※1 指定がない場合1相になります。 ※2 指定がない場合TRSのみになります。							