

CT SCAN 申込用紙 (照射録)

フリガナ		年齢	性別	依頼医師	依頼病院名
氏名					
患者様ID		生年月日	年 月 日		※ 住所は診療録に同じ
検査日	平成 年 日	時刻	時 分 頃		
部位 記	※ 造影検査の有・無 と 方法				
	無				
	※ 使用造影剤				
	※ 3D処理				
	※ 3D画像の有無 ※ 過去画像の有無				
検査目的 および 臨床経過					
S730	☐ 電子画像管理加算 + 単純CT				
	CD-R又はDVD-R 1枚				
フィルム					
P					
撮影条件					
電圧	電流	コリメーション/ピッチ	モード	技師名	
		/	ヘリカル・コンベンショナル		
読影依頼	MCC読影				