

CT依頼票兼照射録

患者氏名 _____ 体重 _____ kg

生年月日 _____ 年 月 日 (_____ 歳) _____ 男 _____ 女

検査日 _____ 年 月 日 _____ 時間 _____ 時 分～

病院名 _____ 医師名 _____

検査目的

--

※ 単純撮影のみとなります

検査部位 (チェックをお願いします)

	部 位			
耳 鼻	<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 内 耳		
頸 部	<input type="checkbox"/> 頸 部	<input type="checkbox"/> 甲状腺		
胸 部	<input type="checkbox"/> 胸 部			
上腹部	<input type="checkbox"/> 腹 部			
骨盤腔	<input type="checkbox"/> 骨盤腔			
脊 椎	<input type="checkbox"/> 頸 椎	<input type="checkbox"/> 胸 椎	<input type="checkbox"/> 腰 椎	<input type="checkbox"/> 全脊椎
四 肢	<input type="checkbox"/> 右 (_____)		<input type="checkbox"/> 左 (_____)	
そ の 他	<input type="checkbox"/> その他 (_____)			