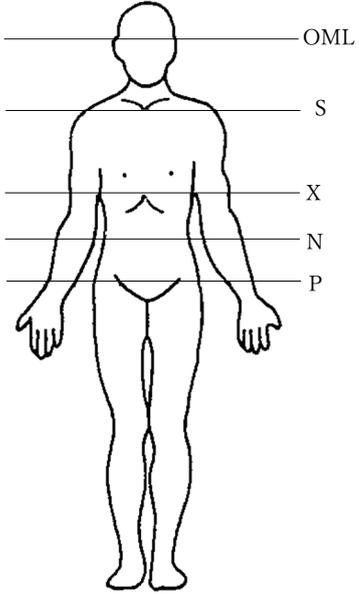


CT照射録（検査依頼票）

※太枠内のみ記入してください。

I D	検査日 年 月 日
ふりがな	紹介医院名
氏名 様	
生年 明大昭平令	住所
月日 年 月 日 (才)	電話番号
	担当医師名 印

検査目的及び臨床参考事項	患者の状態（歩行・車椅子・ストレッチャー）
	心臓ペースメーカー （無・有）
	ヨード過剰反応 （無・有）
	アレルギー疾患 （無・有）
	腎機能障害 （無・有）
	妊 娠 （無・有）
	その他

検査部位及び検査方法	希望部位を上図に斜線で記入してください。
頭痛 []	
頸 部 []	
胸 部 []	
腹 部 []	
骨盤部 []	
脊 椎 []	
その他 []	

単純のみ ・ 造影のみ ・ 単純＋造影
体脂肪面積測定（有・無） 身長 _____ cm 体重 _____ kg

撮影条件	管電圧(kvp)	120	120	120	120	120	指示医
	管電流(mA)	200	200	200	200	200	
	時間(Sec)	1.5				1.0	
	スライス厚(mm)	5	5			2	
	ヘルカリ ・ ラピッド						確認医
造影剤	オイパロミン 300 _____ ml 生理食塩水 _____ ml						技 師