

CT 検査 依頼票・照射録

IDNo.

名前

年 月 日生

才

検査希望日 AM 時 分頃
月 日 PM

依頼医

外来 科
入院 3 F・4 F

感染症 有 ()
無

妊娠 有 ・ 無

緊急度 普通 ・ 至急

臨床診断・経過

検査方法

プレーン
 ダイナミック (造影)
動脈相・門脈相・平衡相・排泄相 (5分後)

ガストログラフィン服用

上腹のみ 下腹まで

病歴
手術歴

造影剤

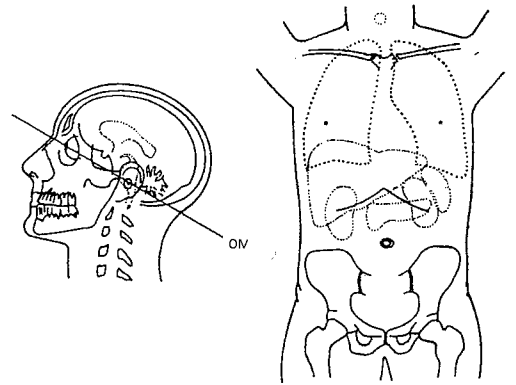
検査目的・撮影方法及び方向 (具体的に必ず記入)

① イオパミロン 300 シリンジ 100ml
② ガストログラフィン ml
③ その他 ()

除細動器 有 : 無
 心臓ペースメーカー 有 : 無

検査部位

頭部 副鼻腔 中内耳 頸部 胸部 (縦隔)
上腹部 下腹部 胸部動脈 腹部動脈 腹部静脈
下肢動脈 下肢静脈

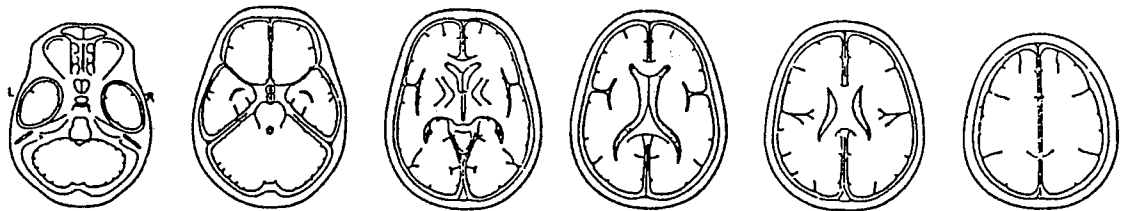


頸椎 腰椎 股関節 大腿骨 膝関節
手関節 肘関節 肩関節 足関節
(右 ・ 左) その他 ()

頭部 CT 所見

読影
医師

日付



検査実施日

年 月 日 (曜日) AM PM 時 分

技師

照射条件

KV mA mAS CTDIVol (mGy)

DLP (mGy・cm)