

CT 検査照射票

登録番号

氏名

生年月日

性別

No.

医師

技師

- ・ 前回撮影 有 無
- ・ 病室 _____ 号室
- ・ 独歩 運搬車
- ・ 感染症の有無 有 無

CT 部位

PLAIN

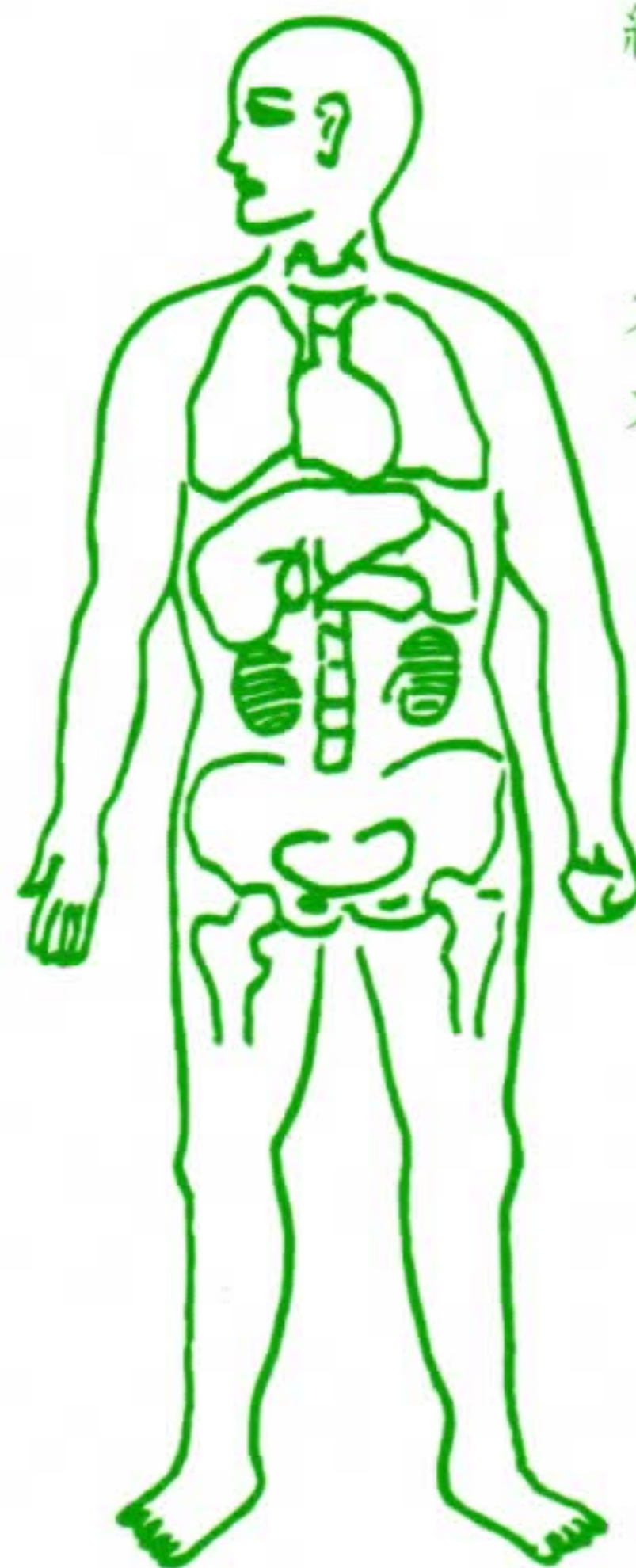
C.E.

実施 _____ 月 _____ 日
 日時 _____ 時 _____ 分

臨床診断

紹介医

備考
(薬剤)



スライス厚 m/m _____

スライス間隔 m/m _____

体位 脊臥位

腹臥位

右側臥位
左側臥位

○ オムニパーク300 シリンジ 100ml

○ オムニパーク300 100ml

即現

RUN No.

SLICE

FILM

120 KV

PLAIN

C.E.

半切

_____ mA

_____ Sec