

# CT 照射録

カナ氏名		検査日	年	月	日						
患者氏名		依頼医師									
生年月日	年	月	日	性別	男 ・ 女						
造影	なし ・ あり	Cr 値 (造影時記入)									
撮影部位	<table border="0"> <tr> <td>頭部</td> <td>腹部</td> </tr> <tr> <td>頸部</td> <td>四肢 ( )</td> </tr> <tr> <td>胸部</td> <td>その他 ( )</td> </tr> </table>					頭部	腹部	頸部	四肢 ( )	胸部	その他 ( )
頭部	腹部										
頸部	四肢 ( )										
胸部	その他 ( )										
フリーコメント (撮影方法、検査依頼目的などお書きください)											
	KV	mA	Sec	mm slice	撮影者						
撮影条件	120		0.8 1.0 1.5	1 2 3 5 7 10							