

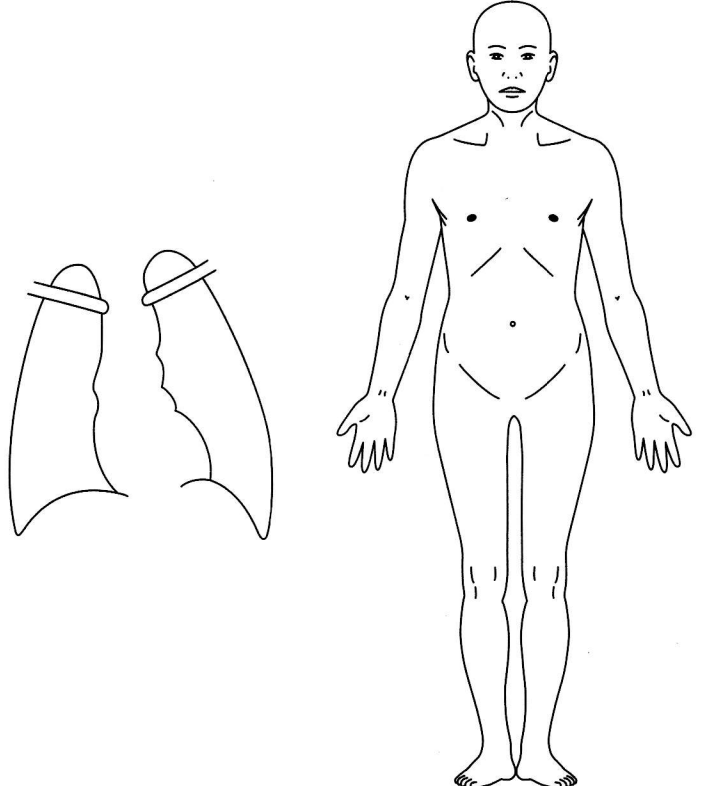
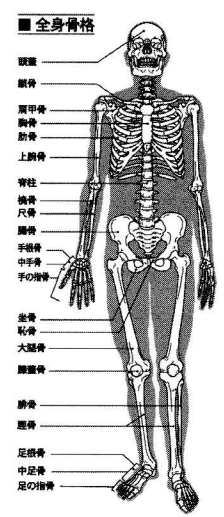
CT検査依頼伝票

医師名： _____

読影(有・無) 造影(有・無)

Drコール(有・無) 次回説明

(AM・PM _____)

<input type="checkbox"/> ルーチン <input type="checkbox"/> 3DCTA <input type="checkbox"/> 頭 部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 3D BONE <input type="checkbox"/> 顔面骨 <input type="checkbox"/> 頸 椎 <input type="checkbox"/> 3D BONE <input type="checkbox"/> 脊 椎 <input type="checkbox"/> 胸 椎 <input type="checkbox"/> MRR(sag・cor) <input type="checkbox"/> 腰 椎 <input type="checkbox"/> 頸 部 <input type="checkbox"/> ルーチン <input type="checkbox"/> NECK 3DCTA <input type="checkbox"/> 胸 部 <input type="checkbox"/> ルーチン <input type="checkbox"/> HRCT <input type="checkbox"/> 胸部大動脈 <input type="checkbox"/> 大動脈 <input type="checkbox"/> 腹部大動脈 <input type="checkbox"/> 3DCTA <input type="checkbox"/> 大動脈(全体) <input type="checkbox"/> 全腹部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 腹 部 <input type="checkbox"/> 肝 臓(2phase・3phase) <input type="checkbox"/> 脾 臓(2phase・3phase) <input type="checkbox"/> ウログラフィー <input type="checkbox"/> 骨 盤 <input type="checkbox"/> 下肢 3 DCTA <input type="checkbox"/> その他(_____)	<p>医師コメント</p> <div style="text-align: center;">  </div> <input type="checkbox"/> 骨 折 <input type="checkbox"/> 3D BONE <input type="checkbox"/> MRR(sag・cor) <p>医師コメント</p> <div style="text-align: right;"> <p>部位指定</p> <p><input type="checkbox"/> 全身骨格</p>  </div>			
Kv	mA	sec	フィルム枚数	技 師 名

使 用 造 影 剤				
イオパーク300(100mlor150ml)シリンジ	本	イオパーク350・100mlシリンジ	本	生食 100ml 本