

CT スキャン依頼票

患者番号

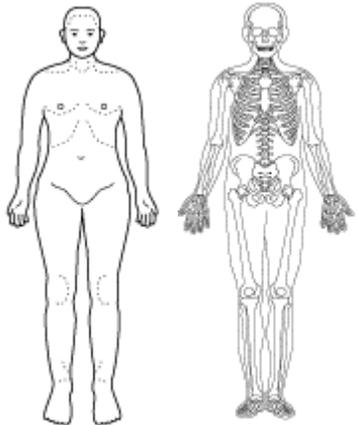
氏名

生年月日

住所

カルテ記載

実施日	年	月	日	AM PM	時	医師
施設名						
撮影条件	Kvp		mAS			

撮影部位		 <p>撮影部位に斜線をしてください。</p>
01	頭部	
02	頸部	
03	胸部	
04	腹部	
05	骨盤腔	
06	脊椎	
07	四肢	
00	その他	

画像処理 (✓印をつけてください)	
<input type="checkbox"/>	CORONAL
<input type="checkbox"/>	SAGITTAL
<input type="checkbox"/>	VR (3D)

読影依頼 (✓印をつけてください)	
<input type="checkbox"/>	読影あり
<small>※読影依頼内容は下記の「依頼内容」の欄にお書き下さい。</small>	

	頭部	躯幹	四肢	301
単純	201	202	203	半切フィルム 枚
				CD-R 枚

検査(読影)依頼内容