

CT検査依頼用紙

医療法人社団うしお会 八木病院
 〒656-0446兵庫県南あわじ市八木寺内1147
 TEL 0799-42-6188 FAX 0799-42-6019

紹介先医療機関先名 八木病院 外来担当医師 宛	紹介元医療機関名 クリニック	医院
--------------------------------	-----------------------	----

申込日 年 月 日	検査日 年 月 日 ()
-----------	---------------

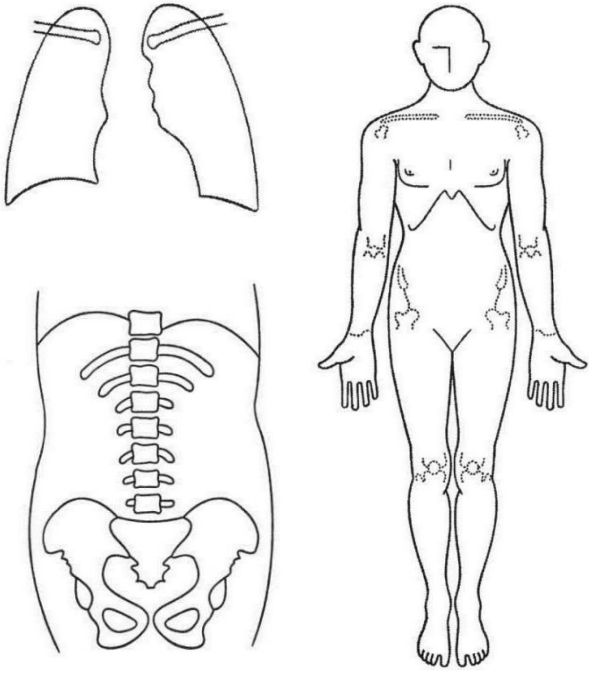
患者氏名	検査開始予定時刻 午後・午前	検査30分前に来院して下さい。 時 分より
------	-------------------	--------------------------

生年月日 T・S・H・R 年 月 日	医師名	医師名	
男・女 歳			

患者状態 難聴 麻痺 () 妊娠 有 無 感染症 - ・ + HCV HBS Wa その他 ()	*放射線科医師読影 要 ・ 不要
---	------------------

撮影部位 ()	単純のみ
-------------	------

《臨床所見》



前回CT撮影 有 無
年 月 日

KV	mAs	スライス厚	スキャン速度
KV	mAs/ref	mm	sec
ピッチ	FOV	再構成スライス厚/間隔	
	mm	mm/	mm
CTDIvol	DLP	総線量	
mGy	mGycm	mAs	