



医療法人
有光会

サトウ病院

X線CT検査

(照射録)

ID 氏名 生年月日 性別	紹介	検査日時			午前	時	分
	外来	年	月	日	午後		
	3病棟	依頼医師名		可能です			
	4病棟			食事は 朝から・昼から 絶飲食です			
検査部位：				臨床診断：			
造影： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				現病歴および検査目的：			
特殊撮影依頼： ダイナミック ミエログラフィー後 その他()							
使用薬剤 (× ml)							
※ ペースメーカー 有 ・ 無							
<input type="checkbox"/> 撮影済	照 射 条 件			撮 影 者			
	kv. mA. sec.						