

ID 氏名 生年月日 性別	紹介	検査日時		
	外来	年	月	日
	3病棟	依頼医師名		午前 時 分
	4病棟			午後
検査部位：			臨床診断：	
造影：	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
特殊撮影依頼：			現病歴および検査目的：	
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.			

