

# X線依頼箋及び照射録

医療法人社団 医聖会 八幡中央病院

I D ふりがな 患者名  生年月日	男・女	検査予約者名：  検査予定日： 年 月 日( )：
--------------------------------	-----	------------------------------------

単純撮影	1	胸部	正側	4	頸椎	R	CTスキャン	A	頭部	単純	造影
	2	腹部	立位 臥位	5	腰椎	R		B	胸部	単純	造影
	3	頭部	R	6	膝	右 左		C	腹部	単純	造影

その他	
-----	--

フィルム及び薬剤	
----------	--

撮影条件	kVp	mA	sec	FFD	撮影時間(時間外)	技師名
					時 分	

臨床診断及び経過	依頼医

検査前処置	造影剤アレルギー	+	-	妊娠	+	-
-------	----------	---	---	----	---	---

所見(要)	診断医
	年 月 日