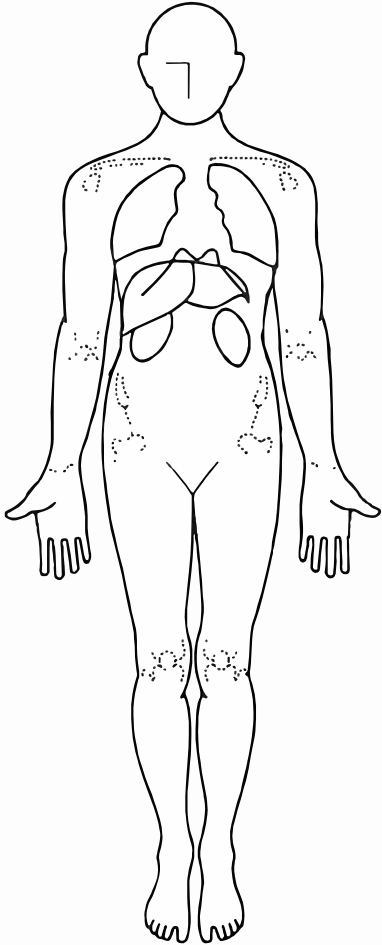


# CT 撮影依頼票

施行日	年	月	日	
<b>ID</b>				
患者氏名 (フリガナ)				
生年月日	M・T・S・H			年生 月 日生 ( 歳)
住所				
	部位：頭部 頸部 胸部 腹部 (肝・胆・膵・腎) 腹部 (肝～腸骨上縁) 腹部 (肝～骨盤) 骨盤腔 胸部～骨盤腔 胸部～ ( ) 上肢 ( ) 下肢 ( ) その他 ( )			
特記事項				
撮影条件	kVp	mA	sec	mm
技 師		医師署名		