

検査日
年 月 日 午前・午後 時 分

CT報告書

チェックリスト

1. 感染症 (有・無・不明)
2. 副作用予防の前処置 (有・無)
3. CT後のルートの抜去 (可・不可)
4. 移動手段
(徒歩・車椅子・ストレッチャー)
4. 連絡、特記事項

【

撮 影 部 位

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 頭部 | <input type="checkbox"/> 下顎骨 | <input type="checkbox"/> 心臓 |
| <input type="checkbox"/> 顔面骨 | <input type="checkbox"/> 頸部 | <input type="checkbox"/> 3DCTA (頭部・頸部) |
| <input type="checkbox"/> 眼窩 | <input type="checkbox"/> 甲状腺 | <input type="checkbox"/> 大動脈 (胸部・腹部) |
| <input type="checkbox"/> 側頭骨 | <input type="checkbox"/> 乳房 | <input type="checkbox"/> 骨盤下肢 (動脈・静脈) |
| <input type="checkbox"/> 鼻骨 | <input type="checkbox"/> 胸部 | <input type="checkbox"/> 頸椎・胸椎・腰椎 |
| <input type="checkbox"/> 副鼻腔 | <input type="checkbox"/> 腹部 | <input type="checkbox"/> () 関節 |
| <input type="checkbox"/> 上顎骨 | <input type="checkbox"/> 骨盤 | <input type="checkbox"/> |

P CE P+CE ダイナミック 骨条件

【指示及び希望事項】

【読 影】
要・不要

【臨床診断】

【検査目的】

【臨床経過】

科 主治医

診断：

令和 年 月 日

診断医