

氏名

生年月日

性別

歯科C T ・一般撮影依頼書

検査日 年 月 日 ()

間 時

施設名

指示医師

住所はカルテと同じ

《依頼検査》

☐ X - P

☐ 胸部 正面

☐ 胸部 側面

☐

☐ C T

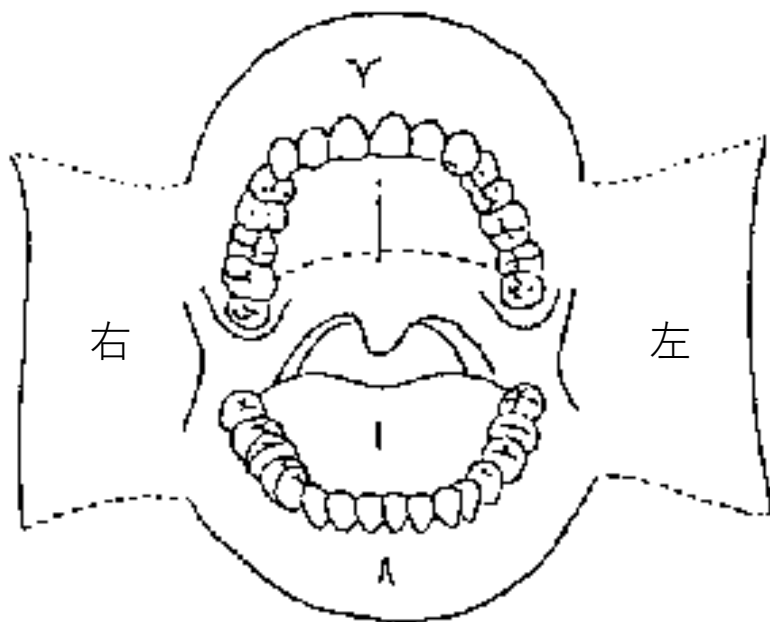
☐ インプラント埋立計画 ()

☐ その他

☐ その他

《検査詳細情報》

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38



■ 一般撮影条件

k V

m A

■ C T 撮影条件

m s , 120 k V

A u t o m A

k V

m A

■ D L P

画像参照

m G y - c m

使用C D 枚数

担当技師

市立湖西病院 地域・利用者支援センター

平 日 F A X 053-575-0120

土曜日 F A X 053-576-1119