

エックス線照射録

性別 氏名 年齢	男、女		才
住所			
指示内容	照射部位	照射方向 1) 方向 2) 方向	フィルム の大きさ
			枚数
			撮影年月日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
照射方法	撮影 二次 電圧 55~75KV 管電流 13~30mA 距離 60~100cm 時間 0.2~3.0Sec		
診断医師 氏名	X線技師 氏名		

●備考 照射方向の種類は○印で示す

合計	
画像診断料	その他
-----	-----
-----	-----
-----	-----
-----	-----
-----	-----

(注1) 詳しくは、柔整師必携(平成15年版 P193)を参照下さい
 (注2) 料金は対面診療専用です。

技師会の対面診療を利用して頂きまして有難うございます。
 ご紹介頂いた患者(様)につきましては、技師会の対面診療に於いてレントゲン撮影を行いましたので、労災、自賠責に於ける画像診断料の請求が出来ます。
 画像診断料の請求は、一般(労災、自賠責)の請求の際に、下記の記載方法の通りその他の欄に照射方法、回数、フィルムの大きさ及び費用の額を記入し、他の療養費と合算し、エックス線照射録を切り取り、添付して申請して下さい。

《記載方法》

対面診療利用委員会
先生

都柔接技師会

平成 年 月 日