

検査日		病院名	
氏名		診療科	
ID番		担当医	
生年月		検査部	腹部～骨盤
年齢		造影剤	
性別		フィル	5枚

## 所見

## 腹部～骨盤腔CT

1. (左)鼠径ヘルニアを認めます。ヘルニア内容は腹腔内脂肪です。
2. 軽～中等度の脂肪肝を認めます。
3. 胆・膵・脾・腎・副腎：n.p.  
骨盤腔に腫瘍は指摘できません。  
リンパ節腫大・腹水なし。

【(左)鼠径ヘルニア。脂肪肝。】

## 画像

