

検査日		病院名	
氏名		診療科	
ID番		担当医	
生年月		検査部	副鼻腔
年齢		造影剤	
性別		フィル	8枚

所見

副鼻腔CT（単純）

1. (両)鼻腔にポリープを認めます。
2. (両)上顎洞・篩骨洞・前頭洞の粘膜が腫脹しています。
3. その他に異常は認められません。

【(両)鼻茸、副鼻腔炎。】

画像

