

CT撮影依頼書

依頼日: 年 月 日

貴院名		担当獣医師	
*所在地			
*TEL		*FAX	
*E-mail			

*: 初回登録時のみ記載をお願いします

飼い主名		連絡先	
ペット名			
動物種	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫	品種	
生年月日	年 月 日	体重	kg
性別	<input type="checkbox"/> オス(未去勢・去勢済) <input type="checkbox"/> メス(未避妊・避妊済)		

依頼内容	<input type="checkbox"/> 撮影・診断のみ <input type="checkbox"/> 撮影・診断・治療 <input type="checkbox"/> その他(生検等)希望内容()
撮影部位	
診断名 及び 撮影目的	
臨床経過 及び 治療等	
既往歴	
その他 特記事項	

※以前に麻酔で問題があった場合はその件に関して詳しくお書きください。

和泉動物病院

FAX: 0725-45-4151

TEL: 0725-45-1733

E-mail: izumi-ah@orion.ocn.ne.jp