

CT検査依頼書

平成 年 月 日

山陽動物医療センター

TEL: 086-955-1543

FAX: 086-955-9210

動物病院名 _____

住所 _____

獣医師名 _____

印

TEL () -

FAX () -

E-mail @

紹介動物病院様 記入欄

患者様情報	
患者様ご住所	TEL () - 携帯 () -
飼主様氏名	動物名
動物種 犬 猫 その他 ()	種類 体重 kg
性別 ♂ ♀ 去勢♂ 避妊♀	生年月日 年 月 日 (歳)

傷病名	全身状態
紹介目的	1:CT検査のみ 2:CT検査を含めた総合診断 3:診断と治療 4:その他 () 検査データは別紙添付ください <input type="checkbox"/> 緊急を要する可能性がある場合はこちらにチェックを入れて下さい
既往症	
症状経過及び検査結果	
現在の処方	
添付資料	<input type="checkbox"/> X線フィルム 枚 (要返却、返却不要) <input type="checkbox"/> 心電図記録 枚 (要返却、返却不要) <input type="checkbox"/> 別紙詳細添付

【来院予定希望日】 (ご希望される日をいくつかご記入ください。確定し予約通知書でお知らせいたします)

第一希望	平成 年 月 日
------	----------

第三希望	平成 年 月 日
------	----------

第二希望	平成 年 月 日
------	----------

第四希望	平成 年 月 日
------	----------

備考・その他
