

CT 検査（画像診断）・病理診断 依頼書

本紙を FAX にて送信後、予約の電話を飼い主様または貴院よりお願いします。

記入日： 年 月 日

依頼目的(ご希望にチェックして下さい)

検査・診断のみ 検査・診断・治療・手術 その他の希望内容 ()

貴院名 担当医

貴院電話番号 貴院 FAX 番号

貴院 E-mail

検査結果等の貴院への連絡方法 (ご希望の方にチェックしてください。複数も可)

FAX (ふりがな) メール 郵送 (ふりがな)

飼い主様氏名 ペット名

飼い主様住所

電話番号

種類 犬・猫・その他 () 年齢 性別 体重
品種： 才 雄・雌・去勢・避妊 kg

貴院での診断名

経過及び治療

既往歴

- ・詳しい検査結果や資料などがございましたら合わせて FAX にてご送信お願い致します。
- ・検査当日の朝の食事を抜いてください。水は検査当日まで与えてください。
- ・CT・MRI 検査データはオンライン共有フォルダにて速やかに共有いたします。

FAX 0564-64-0903

Tel : 0564-64-4711

アロハ動物医療センター