

町田動物病院 画像検査依頼書

TEL : 0428-24-1937



予約診療日 年 月 日 (曜日)

◆ 動物病院情報

| | | | |
|------|--|------|------------------|
| 病院名 | | 担当医 | |
| TEL | | FAX | |
| mail | | 報告方法 | TEL ・ FAX ・ mail |

◆ 患者様情報

| | | | |
|-------|-------------------|------|----------|
| オーナー名 | | TEL | |
| 動物名 | | | |
| 動物種 | 犬 ・ 猫 | 品種 | |
| 年齢 | 才 か月 | 生年月日 | 西暦 年 月 日 |
| 性別 | 雄 ・ 去勢雄 ・ 雌 ・ 避妊雌 | 体重 | kg |

| | |
|------------------|---|
| 画像診断依頼 | CT ・ MRI ・ CT/MRI |
| 主 訴 | |
| 経 過 (治療・処方など) | |
| 術前血液検査 | 済 ・ 当日こちらで |
| 紹介目的 | 診断のみ ・ 診断と治療まで ※原因疾患によっては当院では治療対応ができない場合もあります。 |