

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。