

渡辺動物病院 画像検査依頼書

TEL 0547-38-0144

FAX 0547-38-1252



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 力月	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

予約日前日までにご記入の上、FAXにてご送信ください(0547-38-1252)