

CT・MRI 検査依頼書

ご依頼日 : 年 月 日

貴院名 :	お電話番号 :	() -
ご住所 :	FAX 番号 :	() -
ご担当獣医師氏名 :	緊急連絡先 :	() -

【患者様情報】

飼い主様名	(フリガナ)		
ご住所	〒□□□ - □□□□	電話番号 :	() -
		携帯 :	() -
動物のお名前	体重 (kg)	生年月日	年 月 日 (歳 ヲ月)
種 別	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫	品 種	
性 別	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス	去勢避妊	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 (歳 ヲ月)
最終ワクチン接種歴	年 月 日	接種ワクチンの種類	

【症例情報】

主訴			
疑われる疾患			
紹介目的	<input type="checkbox"/> CT 検査 <input type="checkbox"/> MRI 検査 <input type="checkbox"/> 検査及び画像診断 <input type="checkbox"/> 診断及び治療 <input type="checkbox"/> その他 () 貴院での検査データを別紙に添付して下さい。※緊急度 <input type="checkbox"/> 高		
既往症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
症状の経過	※検査結果、及び、治療歴も ご記入下さい。		
現在の処方	処方薬名	用量	投薬期間
	・	mg/kg	～
	・	mg/kg	～
	・	mg/kg	～
添付資料	<input type="checkbox"/> X 線検査結果 (<input type="checkbox"/> 要返却 <input type="checkbox"/> 返却不要) <input type="checkbox"/> 心電図記録 (<input type="checkbox"/> 要返却 <input type="checkbox"/> 返却不要) <input type="checkbox"/> 血液検査記録 (<input type="checkbox"/> 要返却 <input type="checkbox"/> 返却不要) <input type="checkbox"/> その他、別紙詳細添付		

【来院予定希望日】 ※ご希望される日をご記入下さい。確定後、ご連絡差し上げます。

第 1 希望	平成 年 月 日	第 3 希望	平成 年 月 日
第 2 希望	平成 年 月 日	第 4 希望	平成 年 月 日

【備考・その他】