

CT・MRI 検査依頼書

ご依頼日： 年 月 日

貴院名	:	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 カ月)		
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 カ月)		
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、治療歴をご記入下さい。				
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				

【受診希望日】 ※受診日確定後に、ご連絡差し上げます。

受診希望日	第 1 希望	年 月 日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後
	第 2 希望	年 月 日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後

【備考・その他】