

日本小動物医療センター

Japan Small Animal Medical Center

画像診断依頼書

依頼日 年 月 日

貴院 の情報	紹介病院名:	担当獣医師名:		
	住所: 〒 -	病院の休診日: 月 火 水 木 金 土 日		
	病院電話番号:	病院ファクス番号:	診察時間外に連絡可能な番号	
飼主様の 情報	ご家族様のお名前（読み仮名）:		連絡先:	
動物の 情報	動物の名前:		動物の種類: 犬 猫 品種:	
画像診断 依頼	性別: 雄・去勢雄・雌・避妊雌 <input type="checkbox"/> MRI 検査 <input type="checkbox"/> CT 検査 <input type="checkbox"/> 腹部超音波検査 <input type="checkbox"/> X 線検査		年齢: 才 撮影部位:	
			撮影目的:	
主訴				
経過				
検査希望	<input type="checkbox"/> 指定した画像検査のみを希望します <input type="checkbox"/> 必要であれば他の検査も希望します			
予約の 希望	<input type="checkbox"/> 通常予約 (1週間前後希望) <input type="checkbox"/> 仮予約有 (/) <input type="checkbox"/> 仮予約無 <input type="checkbox"/> 緊急 (24~48時間以内希望) ※予約状況によってはご希望に添えないことがあります。ご了承ください。			
予約の 日程調整	<input type="checkbox"/> 当センターがご家族様と予約の日程調整を行う <input type="checkbox"/> 貴院にて調整			

ご予約の際は、画像診断科依頼書をご記入の上、ファクスにてご送信下さい

FAX 番号 : 04-2946-7329

(動物病院専用電話番号 : 04-2946-7324)