

# MRI・CT 利用申込書

該当する方に を記入ください。

依頼日 : 平成 年 月 日

キャミック 御中

病院名称

獣医師名

TEL

FAX

当院の次の患者に対し、MRI・CT での撮影を依頼します。

ペット名 : \_\_\_\_\_ 品種 \_\_\_\_\_

生年月日 S H 年 月 日 ( 歳 ) 区分 犬 猫 その他 ( 雄 雌 )

飼い主名 \_\_\_\_\_ 連絡先 \_\_\_\_\_

日中連絡の着く連絡先をご記入ください。

撮影部位 \_\_\_\_\_ 撮影目的 \_\_\_\_\_

撮影希望日時 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時

## < 臨床経過及び治療等 >

別紙のカルテ添付の場合チェックを入れてください。

既往歴 :

< その他 MRI、CT の影響に関する特筆事項 >