

動物検診センター キャミック 検査依頼書

※この依頼書だけのご予約はお受けしておりません。
お電話で検査内容をご確認させて頂いた後、予約確定となります。

以下の通り、検査を依頼いたします。

●ご希望検査日時 _____ 月 _____ 日 _____ 曜日 _____ 時 _____ 分

●ご希望検査内容 MRI 撮影部位 _____

CT 撮影部位 _____

その他 脳脊髄液採取 ・ 採材 ・ (_____)

※ご希望されるものを○で囲んで下さい。

●患者様情報

飼い主名 _____ 患者名 _____

動物種 イヌ ・ ネコ ・ (_____) 品種 _____

年齢 _____ 歳 (_____ 年 _____ 月 _____ 日生) 性別 オス ・ メス (避妊 ・ 去勢)

●これまでの症状・経過・治療歴等をご記入下さい。

<症状・治療内容>

<既往歴>

●ご担当獣医師様 _____ 様

●緊急ご連絡先 _____ ※日中ご連絡がつく番号をご記入ください。

貴院名
ご住所
TEL
FAX