

FAX 052-806-0550

Tel : 052-802-1200

E-mail : nagayavet@yahoo.co.jp

CT・MRI 検査依頼書・治療依頼書

依頼目的(ご希望にチェックして下さい)

検査・診断のみ 検査・診断・治療 その他の希望内容()

貴院名

担当医

貴院電話番号

貴院 FAX 番号

貴院 E-mail

データの受け渡し方法 (ご希望の方にチェックしてください。両方も可)

フィルム

DVD

飼い主様氏名

ペット名

飼い主様電話番号

種類

年齢

性別

体重

雄・雌・去勢・避妊

k g

混合ワクチン最終接種日

種

平成

年

月

日

貴院での診断名

経過及び治療

既往歴

詳しい検査結果や資料などがございましたら合わせて FAX にてご送信願います。