



桑原動物病院 CTセンター 検査依頼申込書

年 月 日

●貴院名：

●ご住所 〒

●担当獣医師様ご氏名： (カナ： )

●TEL：( ) - ●FAX：( ) -

●Email： @

●ご依頼内容：  CT 診断のみ  CT 診断と生検  診断および治療まで

●動物種：  犬  猫 ●品種： ●性別：  オス  メス

●年齢： 歳 ●体重： kg

●飼い主様ご氏名： (カナ： )

●動物名： ちゃん

●飼い主様電話番号：( ) -

●主訴

●症状および経過（できるだけ詳しくご記入ください）

●希望検査日 ・第1希望 年 月 日 ・第2希望 年 月 日

●その他特記事項

以上ご記入の上、027-221-3398 まで FAX いただきますようお願い申し上げます。  
 ※お急ぎの場合はお電話のみでのご予約も可能です。TEL：027-221-6696