



桑原動物病院 CT・MRI 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： CT 診断のみ CT 診断と生検 内視鏡

MRI： MRI 診断のみ CT と MRI を含む総合診断

●MRI：体内金属 なし マイクロチップあり プレート/ピン/ワイヤーあり

●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