

# CT 検査依頼書

〒819-1121 福岡県糸島市荻浦 583-1

ゆじ動物病院 院長：湯地 堅二

TEL : 092-324-6941 FAX : 092-324-6944

## ●貴病院情報欄

貴院名			
ご住所			
TEL		FAX	
E-mail			
担当医名		緊急連絡先	

## ●飼主様情報欄

飼主様名			電話番号		
ご住所					
動物名			動物種	犬・猫	品 種
体 重	k g	生年月日	年	月	日
			性 別	雄・雌・去勢・避妊	

## ●動物情報欄

現在疑われている疾患名	
これまでの経過および検査結果	(検査結果は別紙でFAX頂いても構いません)
撮影目的	
希望撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> その他 ( )
希望する検査	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 検査画像データのみ希望 ( )</li><li>・ 検査画像+診断書を希望 ( )</li><li>・ 検査+診断+治療を希望 ( )</li></ul> ※いずれかに○を付けて下さい。
既往歴	
その他	