

CT検査依頼書

依頼日 _____ 年 月 日

貴院情報

病院名		担当獣医師	
所在地			
電話番号		F A X	
E-mail			

オーナー様と動物情報

飼い主氏名		電話番号	
動物名		動物種・品種	
性別	♂・♀・去勢♂・避妊♀	体重	Kg
生年月日	年 月		

依頼内容

予約日時	
依頼目的	1. 撮影・診断 2. 撮影・診断および治療 3. その他：
希望撮影部位	() ※希望がない場合は弊院の判断で撮影を行います
既往歴	
臨床経過 および治療	
希望報告方法	<input type="checkbox"/> F A X <input type="checkbox"/> E-mail
その他 特筆事項	

〒599-8231大阪府堺市中区学園町2-6
院長 小山崇裕

ダクタリ動物病院関西医療センター

F A X 072-239-3001
T E L 072-239-1120
E-mail dakutari_madoguchi@aeonpet.ne.jp