

送信先 FAX 番号:072-730-2470

撮影日時 (事務局記入)

送信日: 年 月 日

## CT 検査依頼書

CTを希望される日時	1. できるだけ早く		
	2. 第1希望 平成 年 月 日 時間帯:		
	3. 第2希望 平成 年 月 日 時間帯:		
ご依頼動物病院名			
ご住所	(〒 - )		
お電話番号			
ファックス番号			
電子メールアドレス			
<input type="checkbox"/> 葉月会会員 ・ <input type="checkbox"/> 葉月会会員外			
飼い主のお名前		飼い主の電話番号	
飼い主のご住所			
動物の種類	犬・猫・その他( )	品種	
動物の性別		動物の名前	
動物の生年月日	年 月 日	動物の体重	kg
病歴と主訴(特に、この症例で大切であると思われる点を簡潔に書いてください)			
先生の仮診断名: _____ (ついていなければ、空白で結構です)			
センターに来られる方	飼い主と主治医 ・ 主治医 ・ 飼い主のみ		
この画像を卒後教育に使用することを許可 <input type="checkbox"/> します。 <input type="checkbox"/> しません。			
持参可能な検査結果	レントゲン	血液検査	エコー検査 その他( )
飼い主のみご来院の場合	費用の請求先は <input type="checkbox"/> 病院宛(後日請求) <input type="checkbox"/> 飼い主宛		
飼い主に対し麻酔のリスクを説明し、インフォームドコンセントをもらわれていることを誓約します。			
依頼獣医師名: _____ 印			