

希望撮影日時	・第1希望日 月 日			・第2希望日 月 日			・最短撮影日希望		
貴院名				担当医					
電話				FAX					
E-mail									
飼主氏名				電話					
住所									
動物名				動物種	<input type="checkbox"/> 犬		<input type="checkbox"/> 猫		
品種				年齢	歳齡(年	月	日生)
性別	♂・♀・去勢・避妊			体重	kg				
病状 および 治療経過									
現在の 投薬内容									
既往歴									
予防歴	<input type="checkbox"/> 混合ワクチン(種 最終接種日： 年 月 日)			<input type="checkbox"/> 狂犬病		<input type="checkbox"/> フィラリア症			

撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 脊椎(頸・胸・腰・尾)	<input type="checkbox"/> その他
検査機器	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> センターの判断に任せる				
報告方法	<input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 郵送				

※ 詳細な検査結果等がございましたら別紙にてお送りいただくか当日ご持参ください。

※ 検査当日は午前中に来院して頂き、日中はお預かりシタ方以降のオーナー様への検査結果説明・退院となります。

当日午前中の来院が難しい患者様に対して前日より入院預かりも承っております。(別途料金がかかります)

※ CT・MRI検査では全身麻酔が必要になることが多いため飼い主様への来院12時間前の絶食指示をお願いします。

※ 検査終了後画像所見について検討を行い報告書を作成し主治医の先生にご報告いたします。内容によっては4・5日お時間を頂く場合がございます。ご了承お願いいたします。

以上、ご記入頂けましたらFAXにて下記の番号へ送信して下さい。

FAX : 06-6428-2220

内容を確認し、翌日までに撮影日について折り返しお電話させていただきます。