

CT 撮影依頼書

ご紹介病院様情報

貴院名		担当獣医師	
電話番号		E-Mail	
緊急連絡先		FAX 番号	

オーナー様情報

お名前		電話番号	
ご住所		携帯番号	

ペット情報

ペット名		生年月日	年 月 日
動物種		性別	M F CM SF
品種		体重	

主訴

--

現在までの検査（別途添付していただいて構いません）

--

治療歴/現在の投薬/基礎疾患など

--

希望する撮影部位/目的/追加検査オプション

--

希望日時

可能な限り早く	第一希望	第二希望
---------	------	------

CT 撮影後のご報告書は 5 日から 1 週間程度かかります。