

CT 検査依頼書

パル動物病院

TEL・FAX：093-202-1124

貴院名：_____

獣医師名：_____先生

貴院 TEL：_____

飼い主様：_____様 患者様：_____ちゃん

年齢：_____歳 _____ヶ月 動物種：_____ 品種：_____

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 ()
撮影目的	_____ (スクリーニング、転移確認 etc)
病傷名 (疑いを含む)	
全身状態	
既往歴	
経過及び 検査結果	
備考・その他	