

オールハート動物リファーマルセンター
診察依頼フォーム

〒195-0071 東京都町田市金井町2857-6

Tel:042-708-9600 Fax:042-708-9601

記入日: 20 年 月 日

以下の依頼項目にチェックを入れてください。

- MRI 検査 (頭部・脊椎) CSF採取
- CT 検査 (頭部・胸部・腹部・脊椎)
- 超音波検査(胸部・腹部)
- 画像診断
- 内視鏡検査(上部・下部) 硬性鏡検査 (胸部・腹部)
- 外科 内科 腫瘍科 麻酔科
- 整形外科 関節鏡検査
- 組織採取 細胞診
- 救急対応 鍼治療

合計 項目

病院名:

住所:

院長: 先生・担当: 先生

tel: fax: email:

※ X線・血液データなどがございましたら、Faxかikehito@me.comまでお送り下さい。

※ 緊急の際はお電話下さい。

犬・猫 種類: 性別: 年齢: 歳 体重: kg

ご家族の氏名: 様 動物名: ちゃん

現在の問題点:

過去の治療内容について:

その他特記事項:

受診のご希望の日時 ①: 年 月 日 ②: 年 月 日

ご利用方法

- 動物とご家族の来院
- 主治医とご家族と動物の来院
- 主治医と動物の来院 ※委任状の提出をお願いします。
- 麻酔が計画されている場合は前日の20時以降の絶食をご指示下さい。