

紹介病院名		
住所		
TEL	FAX	
e-mail		
緊急連絡先	検査日が休診日の場合は必ずご記入ください	担当医

検査予定日	年	月	日 ()
-------	---	---	-------

飼主様情報			
フリガナ 飼主氏名		動物名	
電話番号		緊急連絡先	
動物種	犬 ・ 猫	品種	
生年月日 (年齢)	(西暦) 年 月 日 (歳 ヲ月)		
性別	オス・去勢オス・メス・避妊メス		
体重	kg	性格	良・神経質・非協力的
予防歴	ワクチン	最終接種	年 月 混合 種
	狂犬病	最終接種	年 月
	フィラリア	有 ・ 無	
	ノミ・ダニ	有 ・ 無	
マイクロチップ	有 ・ 無	当センター受診歴 (ER含む)	有 ・ 無
アレルギー	有 ・ 無	内容	
既往歴			
主訴			
症状・経過			
疑われている疾患・検査の目的			

2枚目の「検査内容のご希望」もご記入ください

FAX送信先 045-620-9317

検査内容のご希望

検査内容	ご希望の検査にチェックを入れてください
画像検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT + MRIセット <p>■ CTのみ、MRIのみご希望の場合</p> <p>必要に応じてMRIあるいはCT検査の追加を希望しますか <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 連絡希望</p>
CT撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 全身 <input type="checkbox"/> その他 () 造影検査を希望しますか <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
MRI撮像部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸腰部 <input type="checkbox"/> 全身 (頭部～胸腰部)
	<p>■ 一部のみ検査ご希望の場合</p> <p>必要に応じて検査部位の追加を希望しますか <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 連絡希望</p> <p>■ MRIの全身撮像をご希望の場合</p> <p>臨床徴候の原因となり得る異常が見つかった場合も他の部位の検査を希望しますか <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 連絡希望</p> <p>検査日に連絡のつく電話番号 ()</p> <p>※ 検査内容の変更について、連絡希望でもお電話が通じない場合は、事前にご依頼いただいた内容で検査を実施いたします。</p>
脳脊髄液検査	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 当センターで必要性を判断する ※ MRI検査を予定している患者さんのみご記入ください。 ※ ご希望の場合でも、画像検査でリスクが高いと判断された場合には中止いたします。
脊髄造影CT検査、電気生理学的検査、麻酔下での生検をご希望の場合は、まずはお電話でご相談ください。	
その他ご希望があればご記入ください	