獣医師用

CT・内視鏡・皮膚科専門医外来　依頼書（FAX）

ご希望の内容をご記入ください

☐CT 画像検査　☐内視鏡画像検査　☐皮膚科専門医外来　☐その他

（　その他：　）

貴院名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

病院長名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 先生

担当医名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 先生

TEL ＿＿＿＿－＿＿＿＿－＿＿＿＿

FAX ＿＿＿＿－＿＿＿＿－＿＿＿＿

※ゴム印でも結構です。

住所　〒　　－

＿＿＿＿県・府＿＿＿＿市・町＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

メールアドレス ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ @ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

御来院者　☐ペットオーナー　☐担当医

オーナー名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 様

ペット名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ちゃん　性別 ♂ ・ ♀

動物種/品種 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ /　体重 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ kg

生年月日 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ /　/　歳

※ 皮膚科専門医外来は第３火曜 12-17 時

検査希望日 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※ 後ほどこちらよりお電話いたします。

これまでの経過をお知らせください。
備考

ホームページの検査依頼ページの「検査の流れ・確認事項」をご確認ください。

http://www.fukunaga-ah.com/CT_Endscopy.htm

FAX ０７４８－３３－５３３３