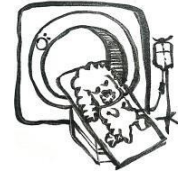


# 画像検査依頼書



希望検査(☑):  CT  MRI  
 超音波検査

※鑑別診断に必要な最小限の追加検査は実施致しますが、画像診断検査だけではなく生検、診断、治療を含めて依頼される場合は該当する診療科へご予約下さい。

依頼日:           年           月           日

飼い主様・ペットの名前					
飼い主様連絡先(Tel)					
動物種	<input type="checkbox"/> 犬 ・ <input type="checkbox"/> 猫	品種		性別	<input type="checkbox"/> ♂ ・ <input type="checkbox"/> ♀
年齢	歳           ヶ月	体重	kg		
主訴					
経過概要:	※詳細は別紙紹介状をお送りください				
治療歴・投与薬剤:					
既往歴:					
マイクロチップ・金属	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (            )				
病院名・担当医名					
病院TEL・FAX					
検査当日の連絡先					

※検査当日 **必ず連絡のつく電話番号(検査当日の連絡先)の記入**をお願いいたします。

※検査の際に **1週間以内の血液検査および胸部X線検査が必要**です。

既に貴院で実施の場合はデータの送付もしくは飼い主様にご持参いただくようお願い致します。

※FAX内容を確認後、受診可能な日時を貴院にご連絡いたします。

※予約日決定後、予約日前日までに別紙**紹介状のFAX**をお送り頂きますようお願いいたします。

FAX: 011-386-0880 TEL: 011-386-1213 (平日8:30~16:30)  
 酪農学園大学附属動物医療センター 画像診断科  
 〒069-8501 江別市文京台緑町 582

# 紹 介 状



酪農学園大学附属

動物医療センター



FAX : 011-386-0880

診療科		予約日時	
-----	--	------	--

飼い主様情報	飼主様氏名		ペット名	
	現住所	〒	動物種	<input type="checkbox"/> 犬 ・ <input type="checkbox"/> 猫
			品 種	
			性 別	<input type="checkbox"/> ♂ ・ <input type="checkbox"/> ♀
	自宅電話	— —	年 齢	歳      ヶ月齢
携帯電話	— —	体 重	kg	

## 病歴・検査所見・投薬歴（使用薬剤、用量、用法）など

持参データ     X線    エコー    CT    MRI    その他

※血液検査については、別紙で添付願います。

貴院情報	病院名	
	病院住所	〒
	担当医名	
	電 話	
	F A X	
	緊急連絡先	
メールアドレス		

# 血液検査結果

名前

項目	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
WBC (/μl)						
RBC (×10 <sup>4</sup> /μl)						
HGB (g/dl)						
HCT (%)						
MCV (fl)						
MCH (pg)						
MCHC (g/dl)						
PLT (×10 <sup>4</sup> /μl)						
TP (g/dl)						
Alb (g/dl)						
T-Bil (mg/dl)						
AST/GOT (IU/l)						
ALT/GPT (IU/l)						
ALP (IU/l)						
GGT (IU/l)						
LIPA (IU/l)						
BUN (mg/dl)						
Cre (mg/dl)						
Tchol (mg/dl)						
TG (mg/dl)						
Na (mEq/l)						
Cl (mEq/l)						
K (mEq/l)						
Ca (mg/dl)						
P (mg/dl)						
GLU (mg/dl)						
CRP (mg/dL)						
SAA (μg/mL)						

