



酪農学園大学附属  
動物医療センター

# 診療予約依頼書

FAX : 011-386-0880

依頼日	年	月	日
希望診療科	<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 神経科	<input type="checkbox"/> 循環器科 <input type="checkbox"/> 外科・整形外科 <input type="checkbox"/> 腫瘍・軟部外科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科
診察希望日	<input type="checkbox"/> 希望なし	<input type="checkbox"/> 希望日 (	)
動物病院情報	病院名/担当医		
	電話		
	FAX		
	緊急連絡先		

患者プロフィール			
飼主・動物情報	飼主名		動物名
	電話		
	動物種	<input type="checkbox"/> 犬 ・ <input type="checkbox"/> 猫	品種
	性別	<input type="checkbox"/> 未去勢♂ <input type="checkbox"/> 去勢済♂ <input type="checkbox"/> 未避妊♀ <input type="checkbox"/> 避妊済♀	
	年齢	歳	ヶ月齢
診断名, 紹介目的など			
病歴 検査所見 投薬歴 既往歴など	※詳細は別紙紹介状をお送りください。		

※ FAX内容を確認後、受診可能な日時を貴院に電話でご連絡差し上げます。

※ 飼主様と当センターの直接の日程調整を希望される場合、必ず飼主様からお電話をいただくようお願いください。当センターからの連絡はいたしかねます。

(平日8:30~16:30 011-386-1213)

※ 予約日決定後、予約日前日までに **紹介状のFAX** をお願いいたします。



# 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データを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**をお送り頂きます様お願いいたします。

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