

ピジョン予防検査センター CT 検査依頼書

予約方法：予防検査センターまで電話でご連絡をお願いします。当依頼書のみでの予約受付は承っておりません。

- 検査日時 月 日 曜日
- 患者様情報

予防検査センターカルテ番号： _____ 動物種：イヌ ・ ネコ ・ その他 (_____)
飼い主名： _____ 品種： _____
緊急連絡先： _____ 年齢： _____ 歳 体重： _____ kg
患者名： _____ 性別： ♂ ・ ♀ (避妊 ・ 去勢)

※予防検査センターカルテ番号は空欄のまま結構です

- CT 検査内容

希望撮影部位： _____
読影してほしいポイント(ex. 手術部位の術前評価、リンパ節・転移病巣の評価、歯根の評価など)

麻酔下で実施したい処置(ex. 採材、その他)

※実施できる内容に限りががありますので、事前に相談してください。

- これまでの症状・経過・治療歴・麻酔前検査での注意点等あればご記入ください。
【症状・治療内容】

【既往歴】

【麻酔前検査での注意点】(ex. 腎不全、肝不全、心不全、低アルブミン)

- 貴院名： _____
- 担当獣医師名： _____
- その他、何かあればお書きください。