

FAX.0480-24-2423

たぐち動物病院「診察依頼フォーム」

記入日 年 月 日

以下の依頼項目にチェックを入れてください。

- MRI 検査 (頭部・脊椎) CT 検査 (頭部・胸部・腹部・脊椎)
 超音波検査 (胸部・腹部) 内視鏡検査 (上部・下部) 画像診断
 外科 内科 腫瘍科 麻酔科 整形外科 眼科 皮膚科
 関節鏡検査 組織採取 細胞診

合計 項目

病院名：		
住所：		
院長：	先生	担当：先生
TEL：	FAX：	Email：

※ X線・血液データなどがございましたら、FAX か guchi@beige.ocn.ne.jp までお送り下さい。
※ 緊急の際はお電話下さい。

犬・猫 種類：	性別：	年齢： 歳	体重： kg
ご家族の氏名： 様		動物名： ちゃん	
現在の問題点：			
過去の治療内容について：			
その他特記事項：			
受診ご希望日	① 年 月 日	② 年 月 日	

ご利用方法

- 動物とご家族の来院
 主治医とご家族と動物の来院
 主治医と動物の来院 ※委任状の提出をお願いします。
 麻酔が計画されている場合は前日の 20 時以降の絶食をご指示下さい。

たぐち動物病院
〒346-0005 埼玉県久喜市本町 3-11-31
TEL.0480-25-1100