

総合どうぶつ病院FAX番号：022-794-9984

診療依頼書			
紹介病院名			
担当獣医師名			
お電話番号			
FAX番号			
検査希望日①	月 日	検査希望日②	月 日
検査確定日	月 日		
撮影希望部位	頭部 / 頸部 / 胸部 / 腹部 / お任せ		
飼い主名		動物名	
動物種	犬 / 猫	品種	
性別	雄 / 雌	体重	kg
年齢	歳	避妊・去勢	未 / 済み
麻酔前検査（血検・胸部レントゲンなど）	未 / 済み / 当院で実施		
麻酔前検査結果	メールで送信 / FAX / 飼主が持参		
症状・経過・治療内容(薬用量)・血液検査での異常など			

ご依頼ありがとうございます。

※本書類のFAX送信で予約確定とはなりません。

確認次第こちらからお電話致しますが、お急ぎの際はご連絡をよろしく申し上げます。

 協同組合仙台獣医師会

総合どうぶつ病院