

CT 読影依頼書

年 月 日

1. 貴院の情報

病院名 :	担当獣医師名 :	
住 所		
連絡先	Tel :	Fax :
	E-mail :	

2. 症例の情報

動物の名称 :	動物種 : 犬・猫	品種 :
性別 : 雄・去勢雄 雌・未避妊雌	年齢 :	体重 :
主訴・臨床経過		

3. その他(ご質問、ご希望など)

--

4. データ送付方法

- Web サービス(データ便)で送付
 DVD-R などの記録媒体の郵送

5. 結果のご返信方法

- メールでのご返信希望
 FAX でのご返信希望