

コンサルテーション依頼書

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

動物の名前：	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. 送付データ

- | | |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 血液検査データ | <input type="checkbox"/> Web サービス(データ便)で送付 |
| <input type="checkbox"/> 病理検査報告書 | <input type="checkbox"/> DVD-R などの記録媒体の郵送 |
| <input type="checkbox"/> レントゲン検査 | |

5. データ送付方法

- | | |
|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> E-mail | <input type="checkbox"/> Web サービス(データ便)で送付 |
| <input type="checkbox"/> FAX | <input type="checkbox"/> DVD-R などの記録媒体の郵送 |

6. 結果のご返信方法

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> メールでのご返信希望 | <input type="checkbox"/> FAX での返信希望 |
|-------------------------------------|-------------------------------------|