

遠隔診断依頼書

ID

※AIC記入欄

下記の空欄を埋めてください。遠隔診断は提携動物病院限定のサービスです。

動物病院名			
担当医		提携病院ID	

※報告方法は提携病院登録時に指定されたもので行います。

動物名	例. 新潟ポチ		
種類	犬 ・ 猫 ・ その他()		
品種			
毛色			
生年月日	年 月 日 (歳)		
性別	♂ ・ ♀ (去勢避妊 歳頃)		
予防	混合ワクチン	狂犬病ワクチン	フィラリア予防
	済(種)・未	済・未	○・×
データ転送	ノミ・ダニ予防		
	○・×		
	FABRICA(キュアホープシステム) ・ メール ・ 郵送/宅配便 Yahoo box ・ その他のデータ便(宅ファイル便など)		

撮影日 年 月 日

モダリティ

Xray ・ CT ・ MRI

検査方法 (造影剤量・撮影間隔など詳細にご記入ください)

--

病歴・経過 血液検査などありましたら別紙にてFAXしてください。

--

新潟動物画像診断センター
NiigataAIC

下記へFAXしてください

FAX 0258-86-6624