



新潟動物画像診断センター
NiigataAIC

新潟動物画像診断センター 殿

FAX 0258-86-6624

紹介状

病院情報

動物病院名 : _____ 提携病院ID : _____
IDがある場合、*の病院情報の記載は不要です。

院長* : _____ 担当医 : _____

住所* : _____

電話* : _____ FAX* : _____

E-mail* : _____

報告方法* : E-mailとFAX 送付とFAX

飼主情報

(フリガナ)
飼主名 : _____

〒 _____
住所 : _____

電話 : _____

動物情報

動物名 : _____ 例:新潟ポチ

動物種 : 犬 猫 その他() 性別: _____

品種 : _____

年齢 : _____ 歳 ヶ月 (年 月 日)

体内金属 : なし マイクロチップ ペースメーカー プレート/ピン ワイヤ

希望内容 : MRI CT 内視鏡 手術 放射線治療 内科治療

希望日 : <第1希望> 月 日 () <第2希望> 月 日 ()

動物病院名

※FAXの患者情報取り違え防止にご協力ください。

症状・経過

BW

kg (必ず記載してください)

--

現在の処方薬 (薬剤名・用量、過去の処方も記載してください)

--

血液検査 (実施日: 年 月 日)

所見をお書きください

--

胸部X線検査 (実施日: 年 月 日)

所見をお書きください

--

※麻酔前検査として、一般血液検査および胸部X線検査をお願いしています。
一週間以内に実施されていない場合には当院にて再検査を実施させていただきます。