

遠隔診断依頼書

ID

※AIC記入欄

下記の空欄を埋め、該当には○をしてください。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	

フリガナ	ニハチノ子		
動物名	例. 新潟ポチ		
種類	犬 ・ 猫		
品種			
毛色			
生年月日	年	月	日 (歳)
性別	♂ ・ ♀ (不妊手術 未 ・ 済)		
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	○ ・ ×
データ転送方法	転送システム(インフィニティメディカルソフト) ・ メール ・ 郵送/宅配便 ギガファイル便 ・ その他のデータ便()		

撮影日 年 月 日
 撮影日 年 月 日
 撮影日 年 月 日

モダリティ

Xray ・ CT ・ MRI ・ WS

※WSは3DCT作成希望

検査方法 (撮影部位・撮影方向・造影条件・撮影間隔などご記入ください)

--

病歴・経過

血液検査・神経学的検査などはメール/FAXしてください。

--



新潟動物画像診断センター
NiigataAIC

下記へ送信してください

FAX 0258-86-6624

mail: nagaoka@niigata-aic.co.jp