

# MRI・CT検査依頼書

## 貴病院情報

御依頼病院名:	
紹介獣医師名:	
TEL :	(       )
FAX :	(       )

## 依頼検査

CT
MRI
CT+MRI

## 飼い主様情報

フリガナ	
氏名	
住所	
電話	(       )

## 動物情報

フリガナ			
名前			
種類	犬・猫	品種	
生年月日	年	月	日

検査部位					
頭部	頸部	胸部( )		腹部( )	
頸椎	胸椎	腰椎	全脊椎	膀胱	子宮卵巣
前肢	骨盤	膝関節		後肢	その他( )
検査目的・既往歴・治療の経過・その他					
現在の処方					
造影の有無	要 ・ 不要 ・ 当院に一任				
読影	要 ・ 不要				
画像データと結果の送付先					

下記の事項に記入をお願い致します	
①手術歴 有 ・ 無	内容( )
②体内金属(プレートやクリップ等) 有 ・ 無	部位( )
③マイクロチップ 有 ・ 無	※マイクロチップのデータが破損したり、画像にノイズが入ることがあります
④妊娠中又は可能性 有 ・ 無	

※当院ではMRI検査の前に、レントゲン検査で体内の金属物質の有無を確認させていただいております

会計方法	当院で飼い主様から直接御支払 ・ 貴院から御支払
------	--------------------------

※詳しい内容につきましては、お問い合わせください。  
 ※ご依頼時には必ずお電話にてご連絡ください。

仙台動物医療センター  
 宮城県仙台市若林区荒井字福在家30  
 TEL:022-355-9982 FAX:022-355-9983