

旭川動物医療センター（AAMC）診療予約申込書

依頼日 年 月 日
希望診察日 年 月 日 または 曜日
希望診療科 整形外科 神経外科 軟部外科 腫瘍外科
 画像診断 CT エキゾチックアニマル 眼科 歯科

飼い主様情報

飼い主名

動物名

動物種 品種

性別

年齢

紹介目的 診断のみ 診断および治療希望 その他（ ）
画像データ（CT）のみ 画像データ（CT）と後日画像診断書（三好先生）

病歴

臨床兆候

検査所見

投薬歴など

貴院にて実施いただきました検査結果等ございましたら、別紙にてお送りください。

貴院情報

病院名

TEL/FAX

E-mail

ご担当医名

原則ご報告は Email でさせていただきます。

FAX : 0166-34-8822