

CT撮影依頼書

平成 年 月 日

病院名		担当獣医師名	
住所・電話番号	TEL ()		
オーナー様名前		動物の名前	
年齢	歳 か月 (生年月日 . .)		
種類	犬・猫・ ()	品種	体重 kg
性別	雄・雌・去勢・避妊	既往歴	
主訴・経過・治療内容			

希望日時	1. 可能な限り早く 2. 平成 年 月 日 am・pm				
撮影部位					
撮影内容	<input type="checkbox"/> 単純撮影 <input type="checkbox"/> 造影検査 (血管造影・バリウム造影・脊髄造影)				
血液検査					
	Ht %	T-Cho mg/dl	CBC		
	TP g/dl	TG mg/dl	RBC $\times 10^4 / \mu l$	WBC / μl	
	GLU mg/dl	T-Bil mg/dl	Hb g/dl	Band-N / μl	
	ALT U/l	NH ₃ $\mu g/dl$	MCV fl	Seg-N / μl	
	AST U/l	T4 $\mu g/dl$	MCH pg	Lym / μl	
	ALP U/l		MCHC g/dl	Mon / μl	
	BUN mg/dl		Plt $\times 10^3 / \mu l$	Eos / μl	
	CRE mg/dl	Na mEq/l		Bas / μl	
	ALB g/dl	K mEq/l			
(◎は必須)	Ca mg/dl	Cl mEq/l			

連絡事項
