

CT 検査・MRI 検査 紹介状

年 月 日

ご紹介をご検討いただきありがとうございます。

E-mail : akitakomatsu@gmail.com 紹介状はこちらにメールをお願いします。

貴院名 _____

住所 _____

E-mail _____

電話番号/FAX _____ / _____

飼主氏名：		動物種：	
住 所 ： 〒		電話番号：	
動物種：	品 種：	生年月日：	
		西暦 年 月 日	
性 別：	体 重：	毛 色：	
治療経過：			
希望内容	<input type="checkbox"/> 診察・一般検査 <input type="checkbox"/> CT 検査のみ <input type="checkbox"/> CT 検査および手術・治療 <input type="checkbox"/> MRI 検査のみ <input type="checkbox"/> MRI 検査および手術・治療		

ご紹介いただく流れ

CT、MRI 検査は基本的に全身麻酔を伴いますので犬猫の状態やご家族と相談して決めさせていただきます。まずは貴院からご紹介状をメールに添付してお送りいただくか、ご家族にお渡しいただき受診時に当院へお持ちください。

ご紹介の初診時の予約は不要です。ご家族様にはご都合に合わせてご来院いただけるようにお伝えください。当院 HP トップページから診察の事前受付が可能です。

あきたこまつ動物病院 秋田動物外科 CT・MRI センター

〒010-0854 秋田市手形山崎町 7-11

E-mail : akitakomatsu@gmail.com TEL/FAX : 018-893-3866