

X線CT、MRI検査依頼書

予約日 月 日 ()

X線CT・MRI検査を行うにあたり、原則として全身麻酔を必要と致します。検査を円滑にし、飼い主さまの待ち時間を短縮するため、以下に血液検査結果(本学来院予定日より1週間以内)および、空欄に御記入ください。

紹介病院名:	
紹介獣医師:	
飼い主名:	
動物種: 犬 猫 その他()	
品種:	
生年月日: 年 月 日	
性別: ♂ ♀ 去勢 避妊	
体重: kg	
最終ワクチン接種歴: 年 月 日	
接種ワクチンの種類:	

本依頼書を予め下記宛てにFAXしていただくか、あるいは
飼い主様が診療日にお持ちください。

FAX 042-769-2408 麻布大学附属動物病院 事務室

CBC 検査日 年 月 日

CBC		Chemistry	
PCV(Ht)	%	P(血漿)-TP	g/dl
RBC	/μl	ALB	g/dl
S(血清)-TP	g/dl	ALT(GPT)	IU/L
PLT(血小板)	/μl	ALP	IU/L
WBC	/μl	T-CHO	mg/dl
Band-N	/μl	T-BIL	mg/dl
Seg-N	/μl	GLU	mg/dl
Lym	/μl	BUN	mg/dl
Mono.	/μl	CREA.	mg/dl
Eos	/μl	Ca	mg/dl
Baso	/μl	IP	mg/dl
Na	mMol/dl		
K	mMol/dl		
Cl	mMol/dl		

抗原・抗体検査
(今までに行った検査結果の
記載をお願いいたします)

備考: