

MRI/CT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、飼い主さん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:

ホームページ <http://www.azabu-u.ac.jp>
この用紙はホームページからもダウンロードできます。

本依頼書を予め下記宛てにFAXしていただくか、あるいは
飼い主さんに持参させて下さい。

FAX 042-769-2408 麻布大学附属動物病院 事務室

CBC

PCV(Ht)	%
RBC	/ μ l
S(血清)-TP	g/dl
PLT(血小板)	/ μ l
WBC	/ μ l
Band-N	/ μ l
Seg-N	/ μ l
Lym	/ μ l
Mono.	/ μ l
Eos	/ μ l
Baso	/ μ l
Na	mMol/dl
K	mMol/dl
Cl	mMol/dl

Chemistry

P(血漿)-TP	g/dl
ALB	g/dl
ALT(GPT)	IU/L
ALP	IU/L
T-CHO	mg/dl
T-BIL	mg/dl
GLU	mg/dl
BUN	mg/dl
CREA.	mg/dl
Ca	mg/dl
IP	mg/dl

検査日 年 月 日

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: