Kyoto AR

診療予約フォーム

診療予約日時	第1希望　月　日（　）　時		第2希望　月　日（　）　時	
来院者	主治医 ・ ご家族 ・ その他（　）			
診療内容	診察のみ ・ 診察および診断（ MRI ・ 電気生理学的検査 など ）			
	その他希望事項（　）			
担当医の希望	なし ・ あり（　先生）			
MRI撮影希望部位	頭部 ・ 脊椎（ 頚 ・ 胸腰 ・ 尾 ） ・ その他（　）			
KyotoARでの治療	希望する ・ 希望しない ・ 結果により相談			
KyotoARでの手術	希望する ・ 希望しない			
検査直後の連絡	不要 ・ 要（　）	追跡調査	可 ・ 不可	

※ 診療日時や担当医はご希望にそえない場合もございます。あらかじめご了承ください。
※撮影からそのままの手術とは限りません。

1. ≪ 動物病院 情報 ≫

病院名		担当獣医師	
連絡先	（TEL）	（FAX）	
	（E-mail）	@	
住所	〒		

2. ≪ 飼い主様 情報 ≫

飼い主氏名	様	連絡先	（自宅）
			（携帯）
住所	〒		

3. ≪ 患者様（症例）情報 ≫

患者名	ちゃん	動物種	犬 ・ 猫 ・（　）	体重	kg
		品種			
生年月日	年　月　日（　歳　ヶ月）	性別	♂ ・ ♀ ・ 去勢 ・ 避妊		

〔 現疾患および現病歴に関する主な検査・治療歴 〕

年月日	症状	実施検査内容および異常所見	治療内容

現在の処方			
現在治療中の併発疾患			
既往歴			
手術歴			
骨折手術	なし ・ あり 部位（　）	マイクロチップ ・ ペースメーカー	なし ・ あり
予防歴	□ 混合ワクチン（　種，最終接種日：　年　月　日）	□ フィラリア予防	□ ノミ予防
以前にKyotoARでMRI等検査を受けたことがありますか？	なし ・ あり（　年　月　日 症例No.　）		

備考	

申込番号 FAX： 0774-39-7412