

# 放射線治療相談依頼書

ID

※AIC記入欄

下記の空欄を全て埋めてください。該当箇所には○をつけてください。

動物病院名			
担当医		提携病院ID	

※RT相談は提携動物病院限定のサービスです。報告はメール・電話にて行います。

動物名	例. 新潟ポチ		
種類	犬 ・ 猫 ・ その他( )		
品種			
毛色			
生年月日	年 月 日 ( 歳)		
性別	♂ ・ ♀ (去勢避妊 歳頃)		
予防	混合ワクチン	狂犬病ワクチン	フィラリア予防
	済(種)・未	済・未	○ ・ ×
	ノミ・ダニ予防	○ ・ ×	
診断名(腫瘍名)			
手術実施	有( 年 月 日) ・ 無		
画像診断実施	Xray ・ US ・ CT ・ MRI		

※読影が必要な場合には遠隔読影依頼書も送ってください

病歴・経過

病理・細胞診・血液検査のデータがありましたらメール・FAXをしてください。

--



新潟動物画像診断センター  
**NiigataAIC**

下記へメール・FAXしてください  
nagaoka@niigata-aic.co.jp  
FAX 0258-86-6624