

検査予約用紙

飼い主様氏名		様
ご連絡先（電話番号）		
動物のお名前		ちゃん
動物の種類／年齢／性別	／	歳 / オス ・ メス
かかりつけ病院名		様

検査希望理由

現在までの経過と心配な点

検査希望日

第一希望日

月 日

第二希望日

月 日

第三希望日

月 日

※検査内容は、心電図・血圧測定・レントゲン検査・心エコー図検査となります。

午前中にご来院いただき、日中お預かりの上検査を実施いたします。

お迎えは午後の診療時間（16時～19時）となります。

※現在服用しているお薬をご持参ください。

以上の内容をご記入いただき FAX をお送りください。

検査日が決まり次第、こちらからご連絡いたします。

fax: 025-378-4722



大通どうぶつ病院
Oodori Animal Hospital