

日本小動物がんセンター診療依頼書 (I) ページ 1/2

貴院の 情報	貴院名:		担当獣医師名:			
			病院の休診日: 月・火・水・木・金・土・日・なし			
	住所: 〒					
	病院メールアドレス: ※報告書はメールでお送りしますので、必ずご記入ください					
	電話番号	病院のファクス番号	診察時間外に連絡可能な番号			
飼い主様の 情報	ご家族のお名前 (読み仮名):		電話番号:			
			携帯番号:			
動物の 情報	動物の名前:			有	無	不明
			混合ワクチン			
	動物の種類: 犬・猫	性別: 雄・去勢雄 / 雌・避妊雌	狂犬病			
	品種:	生年月日 年 月 日	フィラリア予防			
診療に関する 希望	<p>※ご希望される項目全てにチェックをお願いいたします</p> <p><input type="checkbox"/> 診断・治療に関する相談のみ (セカンドオピニオン)</p> <p><input type="checkbox"/> 診断・治療支援 (化学療法プロトコール作成など。治療はホームドクターで実施)</p> <p><input type="checkbox"/> 診断～治療まで全てをがんセンターで実施</p> <p><input type="checkbox"/> ご家族のご希望に依存</p> <p><input type="checkbox"/> その他 (ご希望をできるだけ詳しくご記入下さい)</p>					
予約日について	<p>○予約日の調整の希望</p> <p><input type="checkbox"/> 当センターがご家族と直接調整する (決定した予約日は後日貴院にご連絡致します)</p> <p><input type="checkbox"/> 当センターと貴院で調整する</p> <p>○予約希望日 (予約状況はがんセンター予約カレンダーを参照してください)</p> <p><input type="checkbox"/> 第1希望日: 月 日 <input type="checkbox"/> 第2希望日: 月 日 <input type="checkbox"/> 第3希望日: 月 日</p> <p><input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 仮予約あり: 月 日</p> <p><input type="checkbox"/> 上記以外に予約についてご希望があればご記入ください。</p> <p><input type="checkbox"/> がんセンター センター長 (小林哲也) の診察・治療相談を希望する (貴院よりご家族にご確認をお願い致します)</p> <p>※ 小林の診察・治療相談は水・木・金のみです。小林の勤務・予約状況によって通常の初診予約枠より遅くなってしまう可能性があります。</p> <p>※小林の診察・治療相談をご希望される場合でも、がんセンター勤務獣医師が主治医として担当致します。</p>					
報告方法	<p>報告方法 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>※メール報告をご希望の場合でも、必要に応じて担当医からご連絡を差し上げることがあります。</p> <p>CT および MRI 画像データ送付について</p> <p><input type="checkbox"/> データ便を用いてメールアドレス宛に電子送付 (無料)</p> <p><input type="checkbox"/> DVD-ROM の郵送を希望 (着払いで郵送料がかかります)</p>					
<p>ご予約の際は診療依頼書IおよびIIをご記入の上、ファックスにて送信願います。</p> <p>ファックス番号: 04-2946-7329</p> <p>(動物病院専用電話: 04-2946-7324)</p>						

日本小動物がんセンター診療依頼書（Ⅱ）

ページ 2/2

ご家族のお名前:	動物の名前:
1. 主訴	
2. 現病歴	
3. 臨床診断名（すでに細胞診や病理組織検査等が実施されている場合、検査報告書を添付願います。また、受診日にスライド標本（細胞診/病理組織）をお持ち頂けますようお願い致します。）	
4. 現在行っている処置、使用している薬剤と使用量/使用した薬剤の効果	
5. その他	

ご予約の際は診療依頼書ⅠおよびⅡをご記入の上、ファックスにて送信願います。

ファックス番号：04-2946-7329

(動物病院専用電話: 04-2946-7324)