

診療依頼書Ⅰ

ページ 1/2

貴院の 情報	紹介病院名:		担当獣医師名:				
			病院の休診日: 月 火 水 木 金 土 日				
	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						
	病院電話番号:		病院ファクス番号:		診察時間外に連絡可能な番号		
飼主様の 情報	ご家族様のお名前(読み仮名):			連絡先:			
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	品種:		フィラリア予防			
	性別: 雄 ・ 去勢雄 ・ 雌 ・ 避妊雌	年齢:	才	狂犬病予防注射			
診察 科目	☐ 消化器科: 胃腸・肝胆・膵疾患 (火・水・金) (その他の曜日は応相談) ☐ 総合診療科 (毎日受診可能) ☐ 眼科 (月3回月曜日, 不定期に日曜日へ変更あり) ☐ 脳外科 ☐ 胸腰部椎間板ヘルニア (毎日受診可能) (グレードに○をつけてください 1 2 3 4 5) ☐ 皮膚科 (毎週水曜日) ☐ 循環器科 (毎週火曜日・水曜日)						
診療に関 する希望	☐ 検査・診断から必要な治療の全てを希望します ☐ 検査・診断を希望します。(治療は希望しません) ☐ 相談のみ(セカンドオピニオン) 希望します ☐ その他 (ご希望をできるだけ詳しくご記入下さい)						
予約の 希望	☐ 通常予約 (1週間前後希望) ☐ 仮予約有 (/) ☐ 仮予約無 ☐ 緊急 (24~48時間以内希望) ※予約状況によってはご希望に添えないことがあります。ご了承ください。						
予約の 日程調整	☐ 当センターがご家族様と予約の日程調整を行う ☐ 貴院にて調整						

ご予約の際は、診療依頼書Ⅰ およびⅡ をご記入の上、ファクスにてご送信下さい

FAX 番号: 04-2946-7329

(動物病院専用電話番号: 04-2946-7324)

飼主様のお名前:	動物の名称:
1. 主訴/ヒストリー	
2. 現病歴	
3. 最近行った処置、使用している薬剤と使用量/治療に対する反応など	
4. その他	