

貴院 の情報	紹介病院名：		担当獣医師名：			
	住所： 〒 -		病院の休診日： 月 火 水 木 金 土 日			
	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	飼主様のお名前（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	<input type="checkbox"/> 消化器科：胃腸・肝胆・膵疾患（火・水）（その他の曜日は応相談） <input type="checkbox"/> 総合診療科（火・水・木・金・土）（緊急の場合は日月も受け付けますのでご相談ください） <input type="checkbox"/> 眼科（第2および第3月曜日のみ） <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 脳外科 <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 皮膚科（毎週水曜日） <input type="checkbox"/> 循環器科（毎週水曜日）					
診療に関 する希望	<input type="checkbox"/> 検査・診断から必要な治療の全てを希望します <input type="checkbox"/> 検査・診断を希望します（治療は希望しません） <input type="checkbox"/> 相談のみ（セカンドオピニオン）を希望します <input type="checkbox"/> その他（ご希望を出来るだけ詳しくご記入下さい）					
予約の 希望	<input type="checkbox"/> 通常予約（1週間前後） <input type="checkbox"/> 緊急（24～48時間以内）					
報告書 の送付法	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> ファクス					
予約の 日程調整	<input type="checkbox"/> 当センターが飼い主様と予約の日程調整を行う <input type="checkbox"/> 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:	動物の名前:
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	