

公益財団法人 日本小動物医療センター
目黒消化器サテライト病院

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		混合ワクチン	有	無	不明
	動物の種類: 犬・猫	品種:	フィラリア予防			
	性別: 雄・雌 / 去勢・避妊	年齢: 歳	狂犬病予防注射			
診察 希望日	<input type="checkbox"/> ___月 ___日 <input type="checkbox"/> 木曜日、土曜日					
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)					
報告書 の送付法	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> ファクス					

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 : 03-5738-5312

(電話番号 : 03-5738-5311)

診療依頼書 (II)

ページ
2/2

飼主様のお名前：

動物の名前：

1. 主訴、問題点、(仮) 診断名

2. これまでの経過、検査所見、治療内容 (薬剤、食事)

3. 現在の状態

4. その他