

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: 〒					
	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	※ご希望される項目全てにチェックをお願いいたします					
	<input type="checkbox"/> 診断・治療に関する相談のみ (セカンドオピニオン) <input type="checkbox"/> 診断 <input type="checkbox"/> 治療 (治療を当センターで実施) <input type="checkbox"/> 治療支援 (化学療法プロトコール作成など。治療は貴院で実施) <input type="checkbox"/> 定期検診 <input type="checkbox"/> ご家族のご希望に依存 <input type="checkbox"/> 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	予約状況によってはご希望に添えないことがあります。ご了承下さい。 <input type="checkbox"/> 通常予約 (1~2週間以内希望) <input type="checkbox"/> 仮予約有 ( / ) <input type="checkbox"/> 仮予約無 <input type="checkbox"/> 緊急 (数日以内希望)					
予約の 日程調整	<input type="checkbox"/> 当センターがご家族様と予約の日程調整を行う <input type="checkbox"/> 貴院にて調整					
報告 方法	報告頻度・報告方法をお選び下さい。 報告頻度 <input type="checkbox"/> 受診毎 <input type="checkbox"/> 治療方針が大きく変更したとき <input type="checkbox"/> 治療完了時 <input type="checkbox"/> 必要なし 報告方法 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> ファックス <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他 (                      ) <input type="checkbox"/> メール					

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)

日本小動物がんセンター診療依頼書（II） ページ 2/2

飼主様のお名前:

動物の名前:

1. 主訴

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. 最近行った処置、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、ファクスにて送信願います。

**ファクス番号：04-2946-7329**

(動物病院専用電話:04-2946-7324)