

診療依頼書 I

貴院 の情報	紹介病院名:		担当獣医師名:			
	住所: 〒		病院的休診日: 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:			連絡先:		
動物の 情報	動物の名前:			有	無	不明
	動物の種類: 犬・猫		品種:	混合ワクチン		
	性別: 雄・雌 / 去勢・避妊		年齢: 才	フィラリア予防		
診察 科目	<input type="checkbox"/> 眼科 初診日は月3回 (月曜日もしくは日曜日) ※具体的な日程はお電話でお問い合わせ下さい					
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 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					
報告書 の送付法	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"/> FAX <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 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)

診療依頼書（II）

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	