

### 診療依頼書 I

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	動物の名称:			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・金) (その他の曜日は応相談) <input type="checkbox"/> 総合診療科 (毎日受診可能) <input type="checkbox"/> 眼科 (月3回月曜日, 不定期に日曜日へ変更あり) <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 (毎週火曜日・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) 希望します <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	<input type="checkbox"/> 通常予約 (1週間前後希望) <input type="checkbox"/> 仮予約有 ( / ) <input type="checkbox"/> 仮予約無 <input type="checkbox"/> 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	<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					

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	