

年 月 日

診療科: 内科 循環器科 皮膚科 耳科 神経科 外科 ペインクリニック 行動診療科

希望診察日時 第一希望: 年 月 日 午前・午後 :

希望診察日時 第二希望: 年 月 日 午前・午後 :

■ 貴院について

病院名: 担当獣医師名:

住所: 〒

TEL: FAX:

緊急時連絡先: E-mail:

■ 患者様について

飼主名: ペットのお名前

住所: 〒

TEL: FAX:

E-mail:

緊急時連絡先:

動物種: 犬 猫 その他() 品種:

年齢: 生年月日: 年 月 日生

性別: オス メス 去勢・避妊済み

生活場所: 屋内飼育 屋外飼育

予防歴: 狂犬病 混合ワクチン(種)(年 月)

猫白血病(年 月) 猫エイズ(年 月)

■ 疾患の詳細について

主訴

病歴

現症

検査成績 神経科受診をご希望の際には、実施可能な場合は2週間以内の血液検査・レントゲン検査画像を送付頂きますようお願いいたします。
MRI・CT検査をすでに実施された場合には、必ず画像データを送付頂きますようお願いいたします。

現在の治療内容

■ 診療内容に関するご希望 (飼い主様と事前にご相談頂けると幸いです)

- セカンドオピニオン (診断や治療に関する意見)
- 診断が確定するまで
- 治療方針が確定するまで (定期的な検診を希望)
- 今後の対応をすべて依頼 (診断、治療、維持管理)
- 飼い主様に一任
- その他

■ 電話報告のご希望

- 不要 ※原則として初診時は電話報告をいたしますが、ご不要の場合はチェックを入れてください。

電話報告を受けるのにご都合の悪い日や時間帯がございましたら予めご記入ください

(月 日 : ~ :)

※ 電話が繋がらない場合には、文書を先にお送り致します。ご不明な点や問題がありましたらお問い合わせください。

■ 文書報告のご希望

- ファックス メール 郵送

■ 個人情報について

当科ではよりよい治療を目的として、診療記録を当院学術事業、あるいは学術集会や雑誌などに発表することがあります。

貴院に事前にご相談を申し上げることで、これに同意していただけますか？

- はい いいえ

■ ご依頼は下記までファクシミリをお願い致します

FAX : 048-229-7396

【お願い】 FAX の誤送信が増えております。番号をよくご確認の上、送信していただけますようお願い申し上げます

■ ご予約のご質問は以下で受け付けております

TEL : 048-229-7390 / E-mail: yoyaku@vsec.jp