

# 診療依頼書

No. 1

岡山動物がんセンター 三宅動物病院

ACC 福山動物医療センター

1. ご紹介動物病院

年 月 日

|     |  |                      |                |
|-----|--|----------------------|----------------|
| 病院名 |  | 担当<br>獣医師名           |                |
| 住所  |  | TEL<br>FAX<br>E-mail | ( ) -<br>( ) - |

2. 飼い主様情報

|     |  |        |       |
|-----|--|--------|-------|
| お名前 |  | 自宅 TEL | ( ) - |
| 住所  |  | 携帯 TEL | ( ) - |

3. 症例情報

|      |         |     |     |         |         |        |
|------|---------|-----|-----|---------|---------|--------|
| 動物名  |         | 動物種 | 犬・猫 | 混合ワクチン  | 済・未・不明  |        |
| 品種   |         | 性別  | ♂・♀ | 狂犬病ワクチン | 済・未・不明  |        |
| 生年月日 | 西暦      | 年   | 月   | 日       | フィラリア予防 | 済・未・不明 |
| 避妊去勢 | 済・未 (実施 | 年   | 月 ) | 既往症     |         |        |

診療に関する希望

- 診断・治療に関する相談のみ (セカンドオピニオン)
- 確定診断・治療支援 (治療は貴院にて実施)
- 診断・治療・定期検診を含む全て
- 飼い主様のご希望に依存
- その他 (ご希望をできるだけ詳しくご記入ください)
- 当院から オーナー様へ直接連絡を希望
- オーナー様から TEL 連絡される

TEL (084) 927-3737

FAX (084) 927-3736

# 診療依頼書

岡山動物がんセンター/ACC 福山動物医療センター

No. 2

|   |   |
|---|---|
| 飼主様のお名前   | 動物名   |
| 主訴  |   |
| 現症歴   |   |
| 手術歴   |   |
| 臨床診断名   |   |
| 最近行った処置・使用している薬品/効果   |   |
| 貴院で実施した検査<br><input type="checkbox"/> 血液 (CBC・生化学) <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> 病理<br><input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI   検査結果は添付していただくか、来院時に持参してください |   |
| 診察ご希望日  | ①   年   月   日   ②   月   日 <input type="checkbox"/> 特になし |

電話でご予約をいただき、あわせて診療依頼書 (2 枚) を FAX でお送りください

電話番号                      ( 0 8 4 ) 9 2 7 - 3 7 3 7

FAX 番号                        ( 0 8 4 ) 9 2 7 - 3 7 3 6