

# 診療申込書

ご依頼日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

貴院名	:	お電話番号	:	( )	-
ご住所	:	FAX 番号	:	( )	-
ご担当獣医師氏名	:	Ⓜ 緊急連絡先	:	( )	-

## 【患者様情報】

飼い主様名	(フリガナ)				
ご住所	〒□□□ - □□□□	電話番号	:	( )	-
		携帯	:	( )	-
動物のお名前	体重 ( kg )	生年月日	年	月	日 ( 歳 ヲ月 )
種 別	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫	品 種			
性 別	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス	去勢避妊	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 ( 歳 ヲ月 )		
最終ワクチン接種歴	年	月	日	接種ワクチンの種類	

## 【症例情報】

主訴					
疑われる疾患					
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診断のみ <input type="checkbox"/> 治療のみ <input type="checkbox"/> 診断及び治療 貴院での検査データを別紙に添付して下さい。※緊急度 <input type="checkbox"/> 高				
既往症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )				
症状の経過	※検査結果、及び、治療歴も ご記入下さい。				
現在の処方	処方薬名	用量	投薬期間		
	・	mg/kg	～		
	・	mg/kg	～		
	・	mg/kg	～		
添付資料	<input type="checkbox"/> X線検査結果 ( <input type="checkbox"/> 要返却 <input type="checkbox"/> 返却不要 ) <input type="checkbox"/> 心電図記録 ( <input type="checkbox"/> 要返却 <input type="checkbox"/> 返却不要 ) <input type="checkbox"/> 血液検査記録 ( <input type="checkbox"/> 要返却 <input type="checkbox"/> 返却不要 ) <input type="checkbox"/> 別紙詳細添付				

【希望診療科、及び、来院予定希望日】 ※ご希望される日をご記入下さい。確定後、ご連絡差し上げます。

希望診療科	第1希望	平成	年	月	日	第3希望	平成	年	月	日
科	第2希望	平成	年	月	日	第4希望	平成	年	月	日