

■ 貴院の情報

病院名 : 担当獣医師 :
 住所 : 〒
 電話番号 : FAX :
 E-mail : 時間外連絡 :
 診療時間 : 休診日 :

■ 患者様の情報

飼い主名 : 動物名 :
 性別 : 雄・雌 / 去勢・避妊 種類 : 犬・猫 品種 :
 年齢 : (生 年 月 日) 飼い主連絡先 :
 狂犬病予防 : 未/済 (/ /) 混合ワクチン : 未/済 (/ /) フィラリア予防 : 完全/不完全

■ ご依頼頂く診療内容

診療科 ご希望の診療科にチェックをお願いします。

	日	月	火	水	木	金	土
<input type="checkbox"/> 総合診療	○	○	○	○	○	○	○
<input type="checkbox"/> 腫瘍科		○	○		○		○
<input type="checkbox"/> 整形外科			○	午前			○
<input type="checkbox"/> リハビリテーション科	○					○	○
<input type="checkbox"/> 眼科			午後	隔週午前			
<input type="checkbox"/> 皮膚科					隔週		
<input type="checkbox"/> 心臓病科	第2日曜日・第4日曜日						

- ・ 各科の診療内容であっても、総合診療科での受付も可能です。
- ・ 緊急時は随時対応します。ご連絡下さい。

診療希望日 月 日 () ※ ご家族の希望があればご記入下さい。

希望される診療内容 ご家族の意向もふまえて選択して頂ければ幸いです。

- セカンドオピニオン(診断や治療方針など)
- 必要な診療をすべて(検査・診断・治療など)
- ご家族の希望に依存
- その他 ()

報告方法 貴院への電話での報告・問い合わせ 可 不可

文書での報告のご希望 FAX E-mail 郵送 希望しない

※ FAX でのご報告では郵送も併せて行います

報告の頻度などは必要に応じて判断させていただきます。ご希望があればご記入下さい。

()

◆ 当院記入欄 ◆ FAX 受付 月 日 電話受付 月 日
 来院予定日 月 日 am / pm

■ ご紹介患者の状態

- 今回の主訴・症状・病歴

- 貴院での治療経過・検査結果など(検査結果などはできる限り一緒にお送り下さい)

- 現在使用している薬剤

- 過去の既往病歴、その他

診療のご依頼方法

1. 診療依頼書(本紙2枚)に必要事項を記入し、FAX(もしくはE-mail)でお送り下さい。

FAX : 04-2935-2311 / E-mail : rinpou@zd.wakwak.com

2. FAX送信後、当院までお電話をお願いします。お電話にて診療予約を確定いたします。

電話 : 04-2935-2100

※. お急ぎの場合はお電話のみでの診療予約も可能です、お問い合わせ下さい。(のちほど診療依頼書を送って頂きます。)