埼玉動物医療センター　診療依頼書

月　　日

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　　体重　　kg　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
□　脳神経科	○	○		○		○	
□　腫瘍科		○	○	○	○	○	○
□　消化器科・泌尿器科	○		○	○	○	○	
□　整形外科	○	○		○	○	○	○
□　リハビリテーション科	○					○	○
□　眼科			午後	隔週			
□　皮膚科					隔週		
□　循環器科	○	○	○				○
□　呼吸器科			○				
□　行動診療科			○			○	
□　歯科	月毎に変わります。お問い合わせ下さい						

2024 年 2 月以降

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）　□ご家族の希望に依存

□　必要な診療をすべて（検査・診断・治療など）

□　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

報告の頻度などは必要に応じて判断させて頂きます。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。）