

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
	☐ 総合診療科	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐ 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						

2025 年 4 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いただきます。ご希望があればご記入下さい。
()

■ 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(検査結果などが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。)