

琉球動物医療センター診療依頼書① ページ1/2

貴院 の 情報	貴院名:		担当獣医師名:			
			休診日:月・火・水・木・金・土・日			
	住所: 〒					
	電話番号:		時間外に連絡可能な番号:			
	FAX番号:		電子メールアドレス:			
飼い主様 の 情報	お名前:		電話番号:			
動物 の 情報	動物の名前:		予防状況	有	無	不明
			混合ワクチン			
	動物の種類:犬・猫	性別:雄・雌 / 去勢済・避妊済		狂犬病		
	品種:	生年月日:	年 月 日	フィラリア予防		
当院へ の ご希望	<input type="checkbox"/> 診断・治療に関する相談のみ(セカンドオピニオン) <input type="checkbox"/> 確定診断のための検査のみ(治療は貴院で実施) <input type="checkbox"/> 外科手術など治療のみ ないし 診断から治療まで <input type="checkbox"/> 診断・治療・定期検診を含む今後の診察全般 <input type="checkbox"/> その他()					
飼い主様 の ご希望	<input type="checkbox"/> 徹底的・積極的な診断・治療をご希望 <input type="checkbox"/> 費用的制限を優先 <input type="checkbox"/> 全身麻酔に抵抗あり <input type="checkbox"/> 外科手術に抵抗あり <input type="checkbox"/> その他()					
診療日 の ご希望	<input type="checkbox"/> 通常診療(2~3日後以降) <input type="checkbox"/> 緊急診療(48時間以内) ※ご希望に沿うことができない場合もございますことをご了承ください。					
再診時 の 報告希望	報告頻度: <input type="checkbox"/> 受診毎 <input type="checkbox"/> 治療方針変更時 <input type="checkbox"/> 治療完了時 <input type="checkbox"/> 不要 報告方法: <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 電子メール ※初診時には必ず診療内容について電話でご連絡いたします。					

ご紹介の際は診療依頼書①および②をご記入のうえ、FAXにて送信願います。

FAX番号: 098-851-2212

琉球動物医療センター診療依頼書②

ページ2/2

飼い主様のお名前:	動物の名前:
主訴もしくは臨床診断名:	
現病歴: (特に最近行った処置／使用している薬剤と用量／治療に対する反応など)	
特記すべき検査結果: (検査センターからの報告書等は添付願います。 X線写真や標本(細胞診/病理組織)は可能であれば受診日にご持参願います。)	
その他:	