

桑原動物病院 診療依頼書

年 月 日

貴院の情報

病院名		担当獣医	
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

飼い主様のお名前	フリガナ		電話番号	
			緊急連絡先	
動物名	ちゃん		生年月日/年齢	20 年 月 日 (才)
動物種	犬・猫・その他 ()	体重	kg	不妊手術 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 ※♀の未の場合：発情の時期()月頃
品種		性別	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス	不妊手術時期 年 月 日
狂犬病 予防接種	前回接種日	年 月 日	混合 ワクチン	()種混合ワクチン 前回接種日 年 月 日
フィラリア予防	前回投薬日	年 月 日	ノミ・ダニ予防	前回投薬日 年 月 日

ご依頼いただく診療内容

診療科	ご希望の診療科にチェックをお願いします <input type="checkbox"/> 神経科 <input type="checkbox"/> 循環器科 <input type="checkbox"/> 整形外科			
診療希望日	月 日 () ※ご家族の希望があればご記入ください			
希望される 診療内容	ご家族の意向も踏まえて選択していただければ幸いです。 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン (診療や治療方針など) <input type="checkbox"/> ご家族の希望に依存 <input type="checkbox"/> 必要な診療をすべて (検査診断治療など) <input type="checkbox"/> その他 ()			
報告方法	貴院での電話でのご報告 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	文書での報告のご希望 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> 希望しない	

※報告の内容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ください。

()

◆ 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、ご来院時にご提出ください。
2. 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。

電話番号：027-221-6699

※.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。)