

診療を予約される先生へ ご紹介先 (  画像診断科  整形外科  循環器・呼吸器科 )

FAX返信先: 186-042-769-2408(麻布大学附属動物病院)

の部分には✓を入れてください。

1. 本学動物病院診療予定日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 \_\_\_\_曜日 \_\_\_\_\_時 \_\_\_\_分

2. 紹介動物病院の情報

- (1) 動物病院名: \_\_\_\_\_  
(2) 担当獣医師名: \_\_\_\_\_  
(3) E-mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_  
(4) TEL: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_  
(5) ご住所: 〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
休診日: \_\_\_\_曜日

3. 紹介症例の情報

- (1) 飼主 ご氏名: \_\_\_\_\_ (2) 動物の名前: \_\_\_\_\_  
(3) 飼主 ご住所: 〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
(4) 連絡先TEL 自宅: \_\_\_\_\_ 携帯: \_\_\_\_\_  
(5) 動物種類: \_\_\_\_\_ 品種: \_\_\_\_\_ (6) 性別: オス メス (  去勢・避妊済 )  
(7) 生年月日・年齢: 西暦 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日生 \_\_\_\_\_歳 \_\_\_\_ヶ月  
(8) 体重 \_\_\_\_\_kg

4. 主な症状や検査値異常

5. 疑われる病名

6. 大まかな治療内容

7. 治療に対する反応・又は変化

8. 今回紹介する理由(目的:診断、検査、治療もしくはセカンドオピニオン)

9. 知っておいた方が良いと思われる情報、希望される検査、治療などありましたら、記入願います。