

脳神経科(内科・外科)へご紹介下さいました先生へ ファックス送付のお願い

以下の空欄にご記入し、診察予定日前日午前中までに下記「ファックス送付先」までご送付お願いいたします。
お手数をおかけして申し訳ございませんが円滑な診察のためにご協力よろしくお願い申し上げます。

1. 本学動物病院診察予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 曜日 _____ 時 _____
2. 貴病院名 _____
3. ご担当の先生のお名前 _____
4. 飼主名 _____
5. 動物種: 犬 猫 品種(_____)
6. 品種: _____
7. 生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日
8. 性別: ♂ ♀ 去勢 避妊
9. 体重 _____ kg
10. 最終ワクチン接種歴: 混合注射 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ ワクチンの種類と名称(商品名): _____
狂犬病 _____ 年 _____ 月 _____ 日

11. 現症初診時の主訴(主な症状と診断名)

12. 現病歴(治療内容と経過)

13. 現在投薬中の薬剤名とその量(できるだけ詳しくお願いします)

14. 今回本学動物病院に紹介する理由・目的

15. こちらで行いました神経学的検査結果(表)は必要ですか?

必要 不要 (○をつけてください。入り用の場合は、飼主様にお渡りする、もしくはこちらからファックスいたします。)

16. その他

実施されている場合は、最近の血液検査結果などをご提供下さい。(飼主様に持参していただくか本紙と共にファックス下さい)

* 麻酔下の検査の実施は、原則として後日となりますのであらかじめご了承下さい *

先生のご連絡先	電話	—	—
	Fax	—	—

ご紹介ありがとうございました。診察結果は後日こちらから電話にてご報告いたします。

ファックス送付先: 042-769-1639 (麻布大学外科学第二研究室 齋藤宛)

麻布大学附属動物病院 脳神経科(内科・外科) 担当 齋藤 弥代子

脳神経科診療日 毎週水・金(椎間板ヘルニア手術症例優先受付 金曜午後) ご予約は受付(042-769-2363)までお願いします。

ホームページ <http://www.azabu-u.ac.jp> この用紙はホームページからもダウンロードできます。