

脳神経科へご紹介くださいました先生へ FAX 送付のお願い

以下の空欄にご記入し、**診察予定日 1週間前までに**、下記【FAX 送付先】までご送付お願いいたします。
お手数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. 飼い主様 ご氏名 _____
5. 動物の名前 _____
6. 動物種： 犬 _____ 猫 _____
7. 品種： _____
8. 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
9. 性別： _____ 去勢 _____ 避妊 _____
10. 体重 _____ k g
11. 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
12. 現症初診時の主訴（主な症状と診断名）

13. 現病歴（治療内容と経過）

14. 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）

15. 今回、本学動物病院に紹介する理由・目的

16. 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
（○をつけて下さい。入り用の場合は、飼主様にお渡しする、もしくはこちらから FAX いたします。）
17. 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ください。

（飼主様に持参頂くか、本紙と共に FAX でご送付ください。）

麻酔科の検査の実施は、原則として後日となりますので、あらかじめご了承ください

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。

【FAX 送付先：042-769-2408】 麻布大学附属動物病院 脳神経科 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。