

皮膚科を予約される先生へ

お手数ですが、枠内の事項に関してご記入頂き、返信願います。

麻布大学附属動物病院 **FAX** : 042-769-2408

1. 本学動物病院診療予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 曜日 _____ 時
2. 動物病院名 _____
3. 御住所 _____ 〒 _____
4. 院長名／ご担当獣医師氏名 _____
5. 電話番号・FAX 番号 TEL : _____ FAX : _____
6. 休診日 _____
7. 紹介症例の情報
 - (1) 飼主氏名 _____ (2) 動物の名前 _____
 - (3) 飼主の住所 _____
 - (4) 動物の種類 _____
 - (5) 性別 _____ 雌 ・ 雄 (避妊 ・ 去勢) を付けてください
 - (6) 生年月日・年齢 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 歳 _____ ケ月
8. 現病歴 (特に発症年齢と初発症状)
9. これまでに行った検査と鑑別診断
10. 大まかな治療内容とその反応性
11. 今回紹介する理由 (目的)
12. 知らせておいたほうが良いと思われる情報(既往歴など)がございましたら、記入願います。

※今までの検査結果などを提供願います。(飼主様にご持参頂ければ結構です。)

※来院時の朝食は食べさせないよう飼主様へお伝えください。

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。