

**眼科診療科**の診察に際して、

本用紙の所定事項に記入し、**診察予定日 1 週間前までに FAX** をお願いいたします。

麻布大学附属動物病院 申し込み FAX 番号： **042-769-2408**

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

2. (ふりがな)

獣医師氏名： \_\_\_\_\_ 施設名： \_\_\_\_\_

TEL： \_\_\_\_\_ FAX： \_\_\_\_\_

E-mail： \_\_\_\_\_

メールにて診療データを共有しますので、メールアドレスをご記入ください。

3. 紹介症例の情報：

(1) 飼主氏名： \_\_\_\_\_ (2) 動物名前： \_\_\_\_\_

(3) 動物種類： \_\_\_\_\_ 品種： \_\_\_\_\_

(4) 性別： 雌 ・ 雄 ( 避妊 ・ 去勢 )  を付けて下さい

(5) 生年月日・年齢：西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ケ月

4. 主な症状

5. 疑われる病名

6. 現病歴、とくに治療内容と治療反応

7. その他のご要望および連絡事項：

**※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。**

眼科緊急疾患（急性緑内障、深在性角膜潰瘍、水晶体脱臼）は早急に対応いたしますので、予約時にその旨を必ずお申し出ください。