

放射線治療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、**診察予定日1週間前までにFAX**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 _____

担当獣医師名 : _____

TEL : _____ - _____ - _____

FAX : _____ - _____ - _____

3. 紹介症例の情報 :

(1) 飼主名 : _____

(2) 動物名 : _____

(3) 動物の種類 : _____ 品種 : _____

(4) 性別 : 雌 ・ 雄 (避妊 ・ 去勢) をつけて下さい

(5) 生年月日・年齢 : 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 歳 _____ ヶ月

4. 現症

(1) 腫瘍の場所 _____

(2) 大きさ・浸潤程度 _____

(3) リンパ節転移 あり ・ なし をつけて下さい

転移部位 _____

(4) 遠隔転移 あり ・ なし をつけて下さい

転移部位 _____

(5) 腫瘍診断名(病理・診断) _____

5. 全身状態について 分かる範囲でご記入ください。

(1) 血液検査等で特記すべき異常所見

(2) 全身麻酔 可能 ・ 麻酔リスクが高い ・ 不可能 ・ 不明 (をつけて下さい)

(3) 一般状態(症状等あれば)

6. 紹介理由・目的 放射線治療 ・ 手術 ・ 腫瘍診断 ・ その他 (をつけて下さい)

具体的にご記入ください。

7. 知っておいたほうが良いと思われる情報がございましたら、ご記入ください。

(現投薬・治療中の疾患など)

※今までの検査結果など提供をお願いします。

(飼主様にご持参頂ければ結構です。)

麻布大学附属動物病院 放射線治療 圓尾拓也

〒252-5201 相模原市中央区淵野辺 1-17-71

※来院時の朝食は食べさせないよう、

TEL : 042-769-2363

飼主様へお伝えください。

FAX : 042-769-2408

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。