

軟部組織外科・腫瘍外科を予約される先生へ 診察予定日1週間前までにFAX願います。

FAX返信先: 186-042-769-2408(麻布大学附属動物病院)

□の部分には✓を入れてください。

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

2. 紹介動物病院の情報

- (1) 動物病院名: \_\_\_\_\_  
(2) 担当獣医師名: \_\_\_\_\_  
(3) TEL: \_\_\_\_\_  
(4) 報告書の送付先  FAX: \_\_\_\_\_  E-mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_  
報告書の送付頻度  初診と当院での診療が終了したとき  
 初診、病状や治療方針に変化が生じたとき、当院での診療が終了したとき  
 全ての診察について

3. 紹介症例の情報

- (1) 飼主様のご氏名: \_\_\_\_\_  
(2) 動物のお名前: \_\_\_\_\_  
(3) 飼主 ご住所: 〒 \_\_\_\_\_  
(4) 動物種類: \_\_\_\_\_ 品種: \_\_\_\_\_  
(5) 性別:  オス  メス (  去勢・避妊済 )  
(6) 生年月日・年齢: 西暦 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日生 \_\_\_\_\_歳 \_\_\_\_ヶ月

4. 動物の現状、紹介理由 (臨床徴候、検査結果、腫瘍の部位、大きさなど)

診断名・仮診断名 \_\_\_\_\_

5. 全身状態について、分かる範囲でご記入ください

(1) 一般状態・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

6. その他の情報などがありましたら、ご記入ください。 (既往歴・現投薬・治療中の疾患など)

※ 今までの検査結果などを提供願います  
※ 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。

麻布大学附属動物病院  
〒252-5201 相模原市中央区淵野辺1-17-71  
TEL: 042-769-2363 FAX: 042-769-2408  
ホームページ <https://avth.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。