

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. 本学動物病院診療予定日 _____年 ____月 ____日 ____曜日 _____時 ____分
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. 飼い主様 ご住所 _____
6. 飼い主様 連絡先 自宅: _____ 携帯: _____
7. 動物の名前 _____
8. 動物種: 犬 猫
9. 品種: _____
10. 生年月日: _____年 ____月 ____日
11. 性別: オス メス (去勢・避妊済)
12. 体重 _____ kg
13. 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
14. 現症初診時の主訴(主な症状と診断名)

15. 現病歴(治療内容と経過)

16. 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)

17. 今回、本学動物病院に紹介する理由・目的

18. 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

19. 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。)

*** 麻酔下でのMRI等の検査実施は、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ご報告いたします。

【FAX送付先: 186-042-769-2408】 麻布大学附属動物病院 神経科 齋藤 弥代子

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 金曜日午後)

ご予約は受付(042-769-2363)までお願いします。

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。