

診療予約申込用紙

神経・神経外科(担当:西田)にご紹介いただきました先生方へ

ご紹介いただきまして、誠にありがとうございます。以下の空欄にご記入いただき、  
FAX番号(186-042-769-2408)まで送付をお願いいたします。

1. 本学動物病院診療予定日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日
2. 貴病院名 \_\_\_\_\_
3. ご連絡先  
電話番号 \_\_\_\_\_  
FAX番号 \_\_\_\_\_  \* 報告書送付先にご希望がございましたら、  
E-mail \_\_\_\_\_  チェックをお願いいたします。
4. ご担当先生のお名前 \_\_\_\_\_
5. 飼い主様 ご氏名 \_\_\_\_\_
6. 飼い主様 ご住所 \_\_\_\_\_
7. 飼い主様 連絡先 自宅: \_\_\_\_\_ 携帯: \_\_\_\_\_
8. 動物の名前 \_\_\_\_\_
9. 動物種:  犬  猫
10. 品種: \_\_\_\_\_
11. 生年月日: \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日
12. 性別:  オス  メス (  去勢・避妊済 )
13. 体重 \_\_\_\_\_kg
14. 予防歴: \* 分からない場合には不明にチェックをお願いいたします。  不明  
混合注射 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 狂犬病 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日  
フィラリア予防  あり  なし ノミダニ予防  あり  なし
15. 主訴(主な徴候)と経過および治療内容

16. 過去の病歴

17. 緊急性  あり(  緊急性を要する椎間板ヘルニア疑い)  なし

\* できるだけご要望に応えられるように調整いたしますが、診察・手術の状況によってはご希望に添えない場合がございます。あらかじめご了承ください。

17. 今回、本学動物病院に紹介する理由・目的  診断・治療  セカンド・サードオピニオン

(その他ご要望がございましたら、以下にご記入ください。)

血液検査・画像検査などを実施されている場合には、飼い主様にご持参いただくか、本紙と共にFAXにてご送付ください。また、麻酔下で検査を実施する場合がありますので、診察当日は絶食で来院するように飼い主様にご指示いただきますようお願いいたします。

麻布大学附属動物病院 神経・神経外科 西田 英高  
診療日: 毎週月・火・水曜日 9:00 - 17:00

〒252-5201 神奈川県相模原市中央区淵野辺1-17-71  
Tel: 042-769-2363 Fax: 042-769-2408

Homepage: <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。