

放射線治療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) E-mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_  
(4) TEL: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

3. 紹介症例の情報

- (1) 飼主 ご氏名: \_\_\_\_\_  
(2) 動物の名前: \_\_\_\_\_  
〒 - \_\_\_\_\_  
(3) 飼主 ご住所: \_\_\_\_\_  
(4) 連絡先TEL 自宅: \_\_\_\_\_ 携帯: \_\_\_\_\_  
(5) 動物種類: \_\_\_\_\_ 品種: \_\_\_\_\_  
(6) 性別:  オス  メス (  去勢・避妊済 )  
(7) 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 ( 転移部位 \_\_\_\_\_ )  
 なし  
(4) 遠隔転移  あり ( 転移部位 \_\_\_\_\_ )  
 なし  
(5) 腫瘍診断名(病理・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) 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  
(3) 一般状態(症状等あれば) \_\_\_\_\_

6. 紹介理由・目的  放射線治療  腫瘍診断  その他

具体的にご記入ください

7. 知っておいた方が良くと思われる情報、希望される検査、治療などありましたら、記入願います。

(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

(飼い主様にご持参いただければ結構です)

※ 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。

ホームページ <https://avth.azabu-u.ac.jp>

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

TEL: 042-769-2363

FAX: 042-769-2408

この用紙はホームページからもダウンロードできます。