

眼科を予約される先生へ 診療予定日の1週間前までにFAXをお願いします。

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: _____
(フリガナ)
- (2) 担当獣医師名: _____
- (3) E-mail: _____@_____ (報告書の写真が鮮明に確認できます)
- (4) TEL: _____ FAX: _____
- (5) ご住所: 〒 _____ - _____ 休診日: ____曜日

報告書の送付頻度 初診時と当院での治療が終了したとき 全ての診察について
 初診時と治療方針に変化が生じたとき、当院での治療が終了したとき

3. 紹介症例の情報

- (1) 飼主 ご氏名: _____ (2) 動物のお名前: _____
- (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. 紹介理由

5. 眼科疾患の症状、期間、治療

6. 貴院での診断名

7. 手術前検査、全身精査(一般血液検査、胸部レントゲン等)が必要な場合

・当院(麻布大学)にて実施 ・貴院にて実施 ・未選択

※ 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。

※ 眼科緊急疾患(急性緑内障、深在性角膜潰瘍、水晶体脱臼)は早急に対応いたしますので、予約時にその旨を必ずお申し出ください。