



[病院様情報]

病院名： \_\_\_\_\_ 担当獣医師： \_\_\_\_\_

住所： 〒 \_\_\_\_\_

TEL： \_\_\_\_\_ FAX： \_\_\_\_\_

E-mail： \_\_\_\_\_

診療時間： \_\_\_\_\_

休診日： \_\_\_\_\_ 時間外連絡先： \_\_\_\_\_

[患者様情報]

飼主名： \_\_\_\_\_ 飼主連絡先 (TEL)： \_\_\_\_\_

動物名： \_\_\_\_\_ 動物種： 犬 ・ 猫

性別： 雄 ・ 雌 ・ 去勢雄 ・ 避妊雌 品種： \_\_\_\_\_

体重 \_\_\_\_\_ Kg

|      |           |                 |     |      |
|------|-----------|-----------------|-----|------|
| 予防歴： | 狂犬病予防接種   | 済 (接種日： _____ ) | ・ 未 | ・ 不明 |
|      | 混合ワクチン    | 済 (接種日： _____ ) | ・ 未 | ・ 不明 |
|      | フィラリア予防薬  | 済 (製品名： _____ ) | ・ 未 | ・ 不明 |
|      | ノミ・マダニ予防薬 | 済 (製品名： _____ ) | ・ 未 | ・ 不明 |

備考 (性格など)： \_\_\_\_\_

・ 診療希望日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( 午前 ・ 午後 )  
※ご家族のご希望がありましたらご記入ください

・ ご依頼の診療内容 (□にチェック (レ点) をご記入ください)

- ご家族の希望に依存                       診断・治療相談のみ (セカンドオピニオン)
- 診断のみ     治療のみ
- 診断・治療 (初期治療のみ)               診断・治療 (治療終了まで)
- その他 (指定の検査・投薬のみなど) (内容： \_\_\_\_\_ )

・ 報告方法 (□にチェック (レ点) をご記入ください、複数選択可)

- 電話                       E-mail                       FAX

※電話以外をご希望の場合に、必要に応じて当院から電話連絡をさせていただくことは可能でしょうか?  
 可               不可

ご報告の頻度は必要に応じて判断させていただきますがご希望がございましたらご記入ください  
( \_\_\_\_\_ )

[当院記入欄] FAX 受付日： \_\_\_\_\_ 電話受付日： \_\_\_\_\_ 診療予定日時： \_\_\_\_\_  
初回報告日： \_\_\_\_\_ 備考： \_\_\_\_\_