

小林犬猫病院 セカンドオピニオン外来依頼書 (I) ページ 1/2

貴院 の情報	貴院名:	担当獣医師名:			
		病院の休診日: 月・火・水・木・金・土・日・なし			
	住所: 〒				
	電話番号	病院のファクス番号	診察時間外に連絡可能な番号		
ご家族の 情報	ご家族のお名前:		電話番号:		
動物の 情報	動物の名前:		有	無	不明
			混合ワクチン		
	動物の種類: 犬・猫	性別: 雄・雌 / 去勢済・避妊済	狂犬病		
	品種:	生年月日 年 月 日	フィラリア予防		
診療に関 する希望	<input type="checkbox"/> 診断・治療に関する相談のみ (セカンドオピニオン) <input type="checkbox"/> 確定診断、治療支援、化学療法プロトコール作成 <input type="checkbox"/> ご家族のご希望に依存 <input type="checkbox"/> その他 (ご希望をできるだけ詳しくご記入下さい)				
予約の ご希望	予約状況によってはご希望に添えないこともあります <input type="checkbox"/> 火曜日 (第1候補 第2候補) <input type="checkbox"/> 土曜日 (第1候補 第2候補)				
ご報告 方法	報告方法をお選び下さい。 報告方法 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> ファックス <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> メール (誤送部防止のため kahvets@me.com まで空メールをお願いします)				

ご予約の際は診療依頼書IおよびIIをご記入の上、ファクスにて送信願います。

ファクス番号 : 048-443-1177

(電話: 048-441-0493)

小林犬猫病院 セカンドオピニオン外来依頼書 (II)

ご家族のお名前:	動物の名前:
1. 主訴	
2. 現病歴	
3. 臨床診断名 ・既に細胞診や病理組織検査等が実施されている場合、検査報告書を添付願います ・初診時に細胞診/病理組織標本をお持ち頂けると、より正確な診断が可能です	
4. 最近行った処置、使用している薬剤と使用量/使用した薬剤の効果	
5. その他	
<p>ご予約の際は診療依頼書IおよびIIをご記入の上、ファクスにて送信願います。</p> <p>ファクス番号：048-443-1177</p> <p>(電話：048-441-0493)</p>	