

【診療科】 * 受診される診療科に☑を入れてください

神経科 循環器科 歯科 皮膚科 総合診療科

■ 貴院について

病院名: _____ 担当獣医師名: _____

住所: 〒 _____

TEL: _____

FAX: _____

E-mail: _____

■ 患者情報

飼い主名: _____ 動物名: _____

動物種: 犬 猫 _____

品種: _____

年齢: _____

性別: _____

■ 主訴

■ 病歴と現症

■ 現在の治療内容

■ 既往歴

■ 診療内容に関するご希望

セカンドオピニオン 診断まで 治療方針が確定するまで
 治療が終了するまで 飼い主様に一任 貴院休診日の救急対応のみ

■ 報告書の送付方法 (複数選択可能)

FAX 郵送 E-mail * 電話での報告 要 不要

* 各種検査結果やデータがある場合は別途添付あるいはご持参下さい。

