

診療情報提供書 (地域獣医療連携室予約用)

令和 年 月 日

加古川動物病院 地域獣医療連携室 TEL: 079-433-0530

FAX: 079-432-2679

診療科

- 循環器・呼吸器科 消化器科 整形外科
 腎・泌尿器科 神経科 腫瘍科 その他

住所

動物病院名

獣医師名

印

TEL () -

FAX () -

E mail @

紹介動物病院様 記入欄 (※ 必須項目となります)

【患者様情報】	
患者様ご住所*	〒 - TEL () -
飼主様氏名*	動物名*
動物種* 犬 猫 その他 ()	種類* 体重 kg
性別* ♂ ♀ 去勢♂ 避妊♀	生年月日* 年 月 日 (歳)

傷病名	全身状態
紹介目的	1、受診依頼 (外来受診・入院治療) 2、検査依頼 (精査目的・診断目的) 3、手術依頼 () 4、その他 () 検査データは別紙添付ください <input type="checkbox"/> 緊急を要する可能性がある場合はこちらにチェックを入れて下さい
既往症	
症状経過及び検査結果	
現在の処方	
添付資料	<input type="checkbox"/> X線フィルム 枚 (要返却、返却不要) <input type="checkbox"/> 心電図記録 枚 (要返却、返却不要) <input type="checkbox"/> 別紙詳細添付

【来院予定希望日】 (ご希望される日をいくつかご記入ください。確定し予約通知書でお知らせいたします。)

* R. 年 月 日 (AM, PM) R. 年 月 日 (AM, PM)
R. 年 月 日 (AM, PM) R. 年 月 日 (AM, PM)

備考・その他

当院使用欄

決定獣医師	担当獣医師	予約決定日・時刻	連絡済
		/ / AM, PM :	