

診察依頼書

FAX : 03-3428-5397

診察日時： _____年 _____月 _____日 午前・午後 _____ : _____ (予めお電話にてご予約願います)

病院名： _____ 担当獣医師： _____

住所： 〒 _____

Tel: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

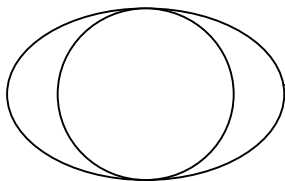
飼い主名： _____ 患者名： _____ 連絡先電話： _____

動物種： 犬 猫 その他 (_____) 品種： _____ 毛色： _____

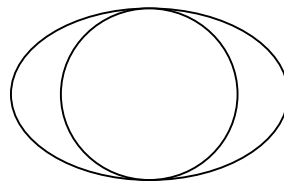
生年月日： _____年 _____月 _____日 性別：雄 雌 去勢・避妊手術

主訴・病歴・手術歴・使用中の薬など：

右



左



※ 血液検査結果や追加事項は別紙を添付してください

初診後の診療について

- 治療が終了するまでEye Vetにて診療を希望 診断や治療方針が確定するまでEye Vetにて診察を希望
 Eye Vetで定期的に診察しながら貴院にて継続治療 初診後Eye Vetと連絡をとりながら貴院にて継続治療
 飼い主の希望による その他 _____

報告方法について

- 受診ごと 症状や治療方針が大きく変化したとき 定期的に 必要なし