

紹介状 (内科・外科)

記入日

年 月 日

宛先 岐阜大学動物病院 〒501-1193 岐阜市柳戸 1-1
 事務部 TEL:058-293-2962/2963 FAX:058-293-2964 メール:vethsptl@gifu-u.ac.jp

希望診療科	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 (腫瘍科は腫瘍科専用の紹介状をご利用ください)		
希望教員名	<input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 希望あり()		
診察希望日	希望曜日	<input type="checkbox"/> いつでも <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金	
	希望日程	年 月 日 ~ 年 月 日	
	希望時間	<input type="checkbox"/> 9時台 <input type="checkbox"/> 10時台 <input type="checkbox"/> 11時台 ()	
希望検査・手術・処置等			
飼い主	氏名		
	住所		
	電話番号		
ペット	ペット名		
	動物種		
	品種		
	生年月日	年 月 日	体重 kg
	性別	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> オス(去勢済み) <input type="checkbox"/> メス <input type="checkbox"/> メス(避妊済み)	
検査日時	年 月 日 時 分		
血液検査	WBC	/ μ l	
	RBC	$\times 10000$ / μ l	
	HCT	%	
血液生化学検査	GPT	U/l	
	GOT	U/l	
	ALP	U/l	
	BUN	mg/dl	
	CRE	mg/dl	
	TP	g/dl	
	ALB	g/dl	
	Na	mEq/l	
	K	mEq/l	
	Cl	mEq/l	
その他			
実施済み検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> X線検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> その他 ()		
異常所見			
症状および経過			

病院名		担当医	
住所	〒	県	
電話番号		FAX番号	
メールアドレス			