



記入日 年 月 日

診察希望日	第1希望 月 日 第2希望 月 日 第3希望 月 日
受付時間 9:00~11:30	※ ご来院いただくお時間に関しましては、当院から折返しご連絡いたします。

貴院名		担当医	
住所			
電話		FAX	
E-mail			

飼主氏名		電話	
住所			
ペット名		動物種	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫
品種		年齢	歳齡 ( 年 月 日生)
性別	<input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀ 去勢・避妊	体重	kg

症状および 治療経過	
現在の 投薬内容	
既往歴	
予防歴	<input type="checkbox"/> 混合ワクチン ( 種 最終接種日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 狂犬病 <input type="checkbox"/> フィラリア症
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診断 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 診断および治療

※ 詳細な検査結果等がございましたら別紙にてお送りください。

※ 神経科の診察ではCT、MRI検査等で全身麻酔が必要になることが多いため、当日朝の絶食（12時間前から）と絶水（3時間前から）をお願い致します。

送付先 岐阜大学動物病院 事務部 TEL:058-293-2962/2963 FAX:058-293-2964 メール:vethsptl@gifu-u.ac.jp  
神経科担当教員 神志那 弘明、西田 英高