

# 腫瘍科紹介時のお願い

1. 担当獣医師の指定は患者数増加のため対応できません。御了承下さい。
2. 病理診断書等の検査結果等がございましたら別紙にてお送りください。
3. 初診時は 10 時までにご来院いただけますようご協力をお願いいたします。
4. 初診時は検査に大変時間がかかります。そのため夕方までお預かりさせて頂くことが多いため、時間に余裕を持って来院して頂くようお願いいたします。
5. 診察料金については診察内容や全身状態によって大きく変わります。料金の概算については、遠慮なく腫瘍科獣医師へお電話下さい。



# 岐阜大学動物病院

Animal Medical Center, Gifu University.

## 腫瘍科紹介フォーム

**FAX: 058-293-2964**

希望診察日	第一希望: 月 日	第二希望: 月 日
-------	-----------	-----------

貴院名			
住所			
担当医名			
電話		FAX	
連絡方法	基本的に緊急時以外は FAX にてご連絡させていただきます。		

飼い主氏名				
住所				
ペット名		電話		
動物種		品種		
性別		年齢	体重	kg

主訴				
既往歴				
予防歴	<input type="checkbox"/> 犬混合ワクチン ( 種 / 最終接種日 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 狂犬病 <input type="checkbox"/> フィラリア <input type="checkbox"/> 猫混合ワクチン ( 種 / 最終接種日 年 月 日 / 接種部位 ) <input type="checkbox"/> 猫白血病ワクチン ( 種 / 最終接種日 年 月 日 / 接種部位 )			
現病歴				
現在処方している薬				
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診断のみ <input type="checkbox"/> 治療のみ <input type="checkbox"/> 診断および治療 ※□にチェックを入れて下さい。 具体的な希望がありましたら記入ください。			