|  |  |
| --- | --- |
| 記入日 | 年   　　月  　 　日 |

**内科紹介フォーム**

|  |  |
| --- | --- |
| 診察日 | ◎ 受診できない日程を記載してください。  ※ 診察日の希望がある場合には、記入日より3週間後以降の日程であれば可能である限り対応します。  その場合は上記に希望する候補日を記載してください。また「希望日」と記入してください。 |
| 希望獣医師名 | 希望なし  希望あり ( 　　　　　　　　　　　　 ) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 飼主氏名 |  | 電話 |  |
| 住所 |  | | |
| ペット名 |  | 動物種 | 犬  猫 |
| 品種 |  | 年齢 | 歳齢（　　年　　月　　日生） |
| 性別 | ♂ ・ ♀ ・ 去勢 ・ 避妊 | 体重 | Kg |
| 傷病名 | ※ 貴院にて診断した場合は傷病名を記入してください。診断が難しい場合は、仮診断(○○疑い)または  貴院が想定している鑑別診断を記載してください。(間違っていても構いませんので必ず記載してください) | | |
| 症状  および  治療経過 | ※ 血液検査結果など資料がある場合には、別紙にて添付してください。 | | |
| 現在の  投薬内容 |  | | |
| 既往歴 |  | | |
| 貴院からの要望 | ※ 希望する検査または要望などがあれば記載してください。 | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 貴院名 |  | 担当医 |  |
| 住所 |  | | |
| 電話 |  | FAX |  |
| E-mail |  | | |

* **全身麻酔が必要になることがあるため、当日朝の絶食（来院12時間前から）および**

**絶水（３時間前から）をお願いいたします。**

送付先　岐阜大学動物病院　受付　 TEL:058-293-2962/2963 FAX:058-293-2964　メール: vethsptl@t.gifu-u.ac.jp