



# 内科紹介フォーム

記入日

年 月 日

|                  |   |                                     |                                     |
|------------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 希望診察日<br>(希望時間帯) | 第1希望<br>月 日<br>( 9:00 10:00 11:00 )                             | 第2希望<br>月 日<br>( 9:00 10:00 11:00 ) | 第3希望<br>月 日<br>( 9:00 10:00 11:00 ) |
| 希望獣医師名           | <input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 希望あり ( ) |                                     |                                     |

|           |   |     |   |
|-----------|---|-----|---|
| 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        | ♂ ♀ 去勢・避妊   | 体重  | kg  |
| 主訴        |   |     |   |
| 症状および治療経過 | <p style="text-align: center;">※血液検査結果など詳細な資料がございましたら、別紙にてお送り下さい。</p>   |     |   |
| 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 ) <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                      |     |   |

|        |  |     |  |
|--------|--|-----|--|
| 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）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