

内科紹介フォーム

記入日 年 月 日

受診希望日			
	<small>※ 可能であれば複数の候補日を記載してください。ご希望の日程での診察が難しいこともあります。</small>		
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・疾患			
経過			
	<small>※ 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。</small>		
現在の投薬内容			
既往歴			
貴院からの要望			
	<small>※ 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。</small>		
本院画像データ	<input type="checkbox"/> DVD (DICOM)での提供を希望する (飼い主さまにお渡しします)		

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@gifu-u.ac.jp