

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
キャンセル待ち希望	☐ チェックされますと予約日前に空きが出た場合こちらから貴院にご連絡いたします

貴院名			
住所			
担当医名			
電話		FAX	

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	☐ 犬混合ワクチン (種 / 最終接種日 年 月 日) ☐ 狂犬病 ☐ フィラリア ☐ 猫混合ワクチン (種 / 最終接種日 年 月 日 / 接種部位) ☐ 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	☐ 診断のみ ☐ 治療のみ ☐ 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。				