



記入日 年 月 日

診察希望日	第1希望 月 日 第2希望 月 日 第3希望 月 日
受付時間（午前）	※ ご来院いただくお時間に関しましては、当院から折返しご連絡いたします。
その他のご要望	いつでも良い、〇〇日以外など

貴院名		担当医	
住所			
電話		FAX	
E-mail			
希望連絡方法	<input type="checkbox"/> E-Mail	<input type="checkbox"/> TEL	<input type="checkbox"/> FAX 緊急連絡先：

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	<input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀ 去勢 避妊	体重	kg

症状および 治療経過	
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 日） <input type="checkbox"/> 狂犬病 <input type="checkbox"/> フィラリア症
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診断のみ <input type="checkbox"/> 診断および治療（手術含む）

※ 詳細な検査結果等がございましたら別紙にてお送りください。

※ 検査内容により全身麻酔が必要となることあるため、当日朝の絶食（飲水自由）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@t.gifu-u.ac.jp