



岐阜大学動物病院
Animal Medical Center, Gifu University.

第二外科 紹介フォーム

(整形外科・内視鏡外科/低侵襲外科・呼吸器外科等)

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	※ ご来院いただくお時間に関しましては、当院から折り返しご連絡いたします。
その他のご要望	

貴院名		担当医	
住所			
電話		FAX	
E-mail			
希望連絡方法	<input type="checkbox"/> FAX	<input type="checkbox"/> E-Mail	(内容によりお電話させていただく場合がございます)

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 (当日手術をご希望の場合は事前にご相談ください)

※ 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があるため、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