

診療依頼書 I

貴院 の 情報	紹介病院名:	担当獣医師:			
	住所:〒				
	病院電話番号:	病院FAX番号:	時間外電話番号:		
飼主様 の 情報	飼主様のお名前:		連絡先:		
動物 の 情報	動物の名前:		有	無	不明
	種類:犬、猫		年齢:	混合ワクチン	
	性別:雄／雌 去勢／避妊			狂犬病ワクチン	
診療科目	<input type="checkbox"/> 循環器 <input type="checkbox"/> 神経外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 軟部外科 <input type="checkbox"/> その他()				
診察に関する希望	<input type="checkbox"/> セカンドオピニオンを希望します <input type="checkbox"/> 検査、診断から必要な治療すべてを希望します <input type="checkbox"/> その他:				
予約の希望	<input type="checkbox"/> 通常予約 <input type="checkbox"/> ～48時間以内				
報告書の送付方法	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> ファックス				
<p>ご予約の際は、依頼書 I および II をご記入の上、ファックスにて送信ください</p> <p>FAX 番号:03-5760-1213</p> <p>TRVA 動物2次診療センター 電話番号:03-5760-1211)</p>					

診療依頼書 Ⅱ

Page2/2

飼主様の名前:	動物の名前:
<input type="checkbox"/> 病歴／ヒストリー	
<input type="checkbox"/> 主訴	
<input type="checkbox"/> 治療歴(最近行った処置、使用薬剤の種類、用量、治療に対する反応など)	
<input type="checkbox"/> その他／希望事項など	
<p>ご予約の際は、依頼書ⅠおよびⅡをご記入の上、ファックスにて</p> <p>FAX 番号:03-5760-1213</p> <p>TRVA 動物2次診療センター 電話番号:03-5760-1211)</p>	