

■ 貴院の情報

病院名 : 担当獣医師 :
 住所 : 〒
 電話番号 : FAX :
 E-mail : 時間外連絡 :
 診療時間 : 休診日 :

■ 患者様の情報

飼い主名 : 動物名 :
 性別 : 雄・雌/去勢・避妊 体重 kg 種類 : 犬・猫 品種 :
 年齢 : (生 年 月 日) 飼い主連絡先 :
 狂犬病予防 : 未/済 (/ /) 混合ワクチン : 未/済 (/ /) フィラリア予防 : 完全/不完全

■ ご依頼頂く診療内容

診療科	ご希望の診療科にチェックをお願いします。 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>日</th> <th>月</th> <th>火</th> <th>水</th> <th>木</th> <th>金</th> <th>土</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 総合診療科</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 脳神経科</td> <td>○</td> <td>○</td> <td></td> <td>○</td> <td></td> <td>○</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 腫瘍科</td> <td></td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 消化器科・泌尿器科</td> <td>○</td> <td></td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 整形外科</td> <td>○</td> <td>○</td> <td></td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> リハビリテーション科</td> <td>○</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>○</td> <td>○</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 眼科</td> <td></td> <td></td> <td>午後</td> <td>隔週</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 皮膚科</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>隔週</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 循環器科</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>○</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 呼吸器科</td> <td></td> <td></td> <td>○</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 行動診療科</td> <td></td> <td></td> <td>○</td> <td></td> <td></td> <td>○</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 歯科</td> <td colspan="7">月毎に変わります。お問い合わせ下さい</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">2024年6月以降</p>		日	月	火	水	木	金	土	<input type="checkbox"/> 総合診療科	○	○	○	○	○	○	○	<input type="checkbox"/> 脳神経科	○	○		○		○		<input type="checkbox"/> 腫瘍科		○	○	○	○	○	○	<input type="checkbox"/> 消化器科・泌尿器科	○		○	○	○	○		<input type="checkbox"/> 整形外科	○	○		○	○	○	○	<input type="checkbox"/> リハビリテーション科	○					○	○	<input type="checkbox"/> 眼科			午後	隔週				<input type="checkbox"/> 皮膚科					隔週			<input type="checkbox"/> 循環器科	○	○	○				○	<input type="checkbox"/> 呼吸器科			○					<input type="checkbox"/> 行動診療科			○			○		<input type="checkbox"/> 歯科	月毎に変わります。お問い合わせ下さい						
	日	月	火	水	木	金	土																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 総合診療科	○	○	○	○	○	○	○																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 脳神経科	○	○		○		○																																																																																																			
<input type="checkbox"/> 腫瘍科		○	○	○	○	○	○																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 消化器科・泌尿器科	○		○	○	○	○																																																																																																			
<input type="checkbox"/> 整形外科	○	○		○	○	○	○																																																																																																		
<input type="checkbox"/> リハビリテーション科	○					○	○																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 眼科			午後	隔週																																																																																																					
<input type="checkbox"/> 皮膚科					隔週																																																																																																				
<input type="checkbox"/> 循環器科	○	○	○				○																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 呼吸器科			○																																																																																																						
<input type="checkbox"/> 行動診療科			○			○																																																																																																			
<input type="checkbox"/> 歯科	月毎に変わります。お問い合わせ下さい																																																																																																								
診療希望日	月 日 () ※ ご家族の希望があればご記入下さい。																																																																																																								
希望される診療内容	ご家族の意向もふまえて選択して頂ければ幸いです。 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン(診断や治療方針など) <input type="checkbox"/> ご家族の希望に依存 <input type="checkbox"/> 必要な診療をすべて(検査・診断・治療など) <input type="checkbox"/> その他 ()																																																																																																								

報告方法 貴院への電話での報告・問い合わせ 可 不可
 文書での報告のご希望 FAX E-mail 郵送 希望しない
 報告の頻度などは必要に応じて判断させていただきます。ご希望があればご記入下さい。
 ()

■ ご紹介患者の状態

- 今回の主訴・症状・病歴

- 貴院での治療経過・検査結果など(検査結果などではできる限り一緒にお送り下さい)

- 現在使用している薬剤

- 過去の既往病歴、その他

診療のご依頼方法

1. 診療依頼書(本紙2枚)に必要事項を記入し、FAX(もしくはE-mail)でお送り下さい。

FAX : 04-2935-2311 / E-mail : rinpou@zd.wakwak.com

2. FAX送信後、当院までお電話をお願いします。お電話にて診療予約を確定いたします。

電話 : 04-2935-2100

※. お急ぎの場合はお電話のみでの診療予約も可能です、お問い合わせ下さい。(のちほど診療依頼書を送って頂きます。)
