

ACORN 獣医神経病クリニック

診療依頼書

平成 年 月 日

■ 貴院について

病院名： _____ ご担当獣医師名： _____

住所： _____

TEL： _____ FAX： _____

緊急時連絡先： _____ E-mail _____

■ 患者様について

飼い主様名： _____

ご住所： _____

TEL： _____ 携帯電話： _____

緊急時連絡先： _____ (_____)

動物名： _____

年齢：(生年月日： _____ 年 月 日) _____ 歳 ヶ月

動物種： 犬 猫 品種： _____

性別： オス メス 去勢／不妊手術済み _____)

予防歴： 狂犬病 混合ワクチン FeLV FIV フィラリア

■ 診察予定日の確定について

神経・筋疾患は、症状によっては治療に緊急性を要する場合があります。そのため、予め本依頼書で症状を伺った後、直接飼い主様と診察予定日と診療スケジュールを決めさせていただきたいと考えています。

飼い主様にも、その旨をお伝えいただき、ご理解ご協力のほど宜しくお願い申し上げます。

■疾患の詳細について

主訴

既往歴

現在までの症状

発症時期： 頃 突然 ゆっくり 不明

進行程度： 急速 緩徐 進行なし 改善傾向 不明

主症状： 疼痛 ふらつき 転倒 捻転斜頸 眼振 振戦
跛行 歩行不能（症状の見られる肢 右前肢 左前肢
右後肢 左後肢）
てんかん様発作 その他

主治医のコメント

現在の治療内容

主治医の先生へのお願い

貴院あるいは他施設での検査結果（血液検査、尿検査、レントゲン検査、CT 検査、MRI 検査など）がございましたら、飼い主様にお渡しいただけますようお願い申し上げます。検査結果はお返しいたします。

血液検査 尿検査 レントゲン検査 CT 検査 MRI 検査

■ 診療内容に関するご希望

- セカンドオピニオン
- 診断まで
- 治療方針が確定するまで（ 定期的な連絡をご希望）
- 治療が終了するまで
- 飼い主様に一任
- その他ご希望

■ 報告について

- 電話連絡（ご希望の日時： 曜日、 曜日以外 時～ 時）
- 報告書 FAX 郵送 E-mail

■ 患者情報について

当院では、多くの動物たちにとってより良い医療を提供するために、学术论文、学会等での発表に臨床データを使わせていただきたいと考えています。飼い主様のご承諾は当院にていただきますが、貴院に事前に相談いたしますので、その際はご承諾のほどお願い申し上げます。

ご依頼は下記までファックスをお願い致します

FAX： 0270-27-5993

ご質問等は下記の電話あるいはメールにて承ります

TEL:0270-27-5771 E-mail: info@acorn-vet.com