

鳥取大学動物医療センター 受診申込書【獣医師専用】

平成 年 月 日

FAX: 0857-31-5449 E-mail: vth@mail.muses.tottori-u.ac.jp

飼い主氏名	フリガナ		電話	(自宅) (緊急連絡先)	
住所	〒				
ペット名		動物種		品種	
年齢	歳 月	性別	<input type="checkbox"/> 雄 <input type="checkbox"/> 雌 <input type="checkbox"/> 去勢雄 <input type="checkbox"/> 避妊済	体重	kg
予防歴	<input type="checkbox"/> 混合ワクチン(不明) <input type="checkbox"/> 狂犬病ワクチン(不明) <input type="checkbox"/> フィラリア予防 <input type="checkbox"/> ノミ予防				

希望される 診療内容	
既往歴	
主訴	
症状と経過	
実施済み検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 血液生化学検査 <input type="checkbox"/> X線検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> その他 ()
検査所見と 仮診断	
現在の処方	
備考	

貴院名		獣医師氏名	
住所			
電話		FAX	
E-mail			

当センターにおける診察日時は、飼い主様と相談の上で決定させていただきます。
なお、飼い主様には平日 9:00～15:00 に当院に別途ご連絡いただくようお願いいたします。
※駐車場の案内についてはこれまで通り、ご説明をお願いします。