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@adm.tottori-u.ac.jp

|  |  |
| --- | --- |
| 希望診療科 | □内科　　□外科　　□眼科 |
| 希望受診日 | 　　　月　　　　日 | 希望時刻  | （ ９ ・ １０ ・ １１ ・ １２ ・ １３ ・ １４ ・ １５ ）　時 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 飼い主氏名 |  | 電　話 |  |
| 住　所 | 〒 |
| ペット名 |  | 動物種 |  | 品　種 |  |
| 年齢 | 　　　　　歳　　　　か月 | 性別 | □雄　□雌　□去勢雄　□避妊済 | 体　重 | kg |
| 予防歴 | □混合ワクチン　　　種　□狂犬病ワクチン　□フィラリア予防　□ノミ予防 |

|  |  |
| --- | --- |
| 紹介目的 | □検査　□診断　□治療　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 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 | □血液検査　□血液生化学検査　□X線検査　□超音波検査□その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 |
| 検査所見 |  |
| 現在の処方 |  |
| 備考 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 貴院名 |  | 獣医師氏名 |  |
| 住　所 | 〒 |
| 電　話 |  | FAX |  |
| E-mail |  |