



記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

整形外科・腫瘍科 紹介フォーム

診察希望日	第1希望 月 日 第2希望 月 日 第3希望 月 日
受付時間（午前）	※ ご来院いただくお時間に関しましては、当院から折返しご連絡いたします。
其他のご要望	いつでも良い、〇〇日以外など

貴院名		担当医	
連絡先	ご住所：		
	TEL：	Fax：	緊急連絡先：
E-mail			

飼主氏名		電話	
住所			
ペット名		動物種	
品種		年齢	歳齡（ 年 月 日生）
性別		体重	kg

症状および治療経過	
現在の投薬内容	
既往歴	
予防歴	<input type="checkbox"/> 混合ワクチン（ 種 最終接種日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 狂犬病 <input type="checkbox"/> フィラリア症
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診断 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 診断および治療（初診時の手術を含む）
ご希望の報告方法	<input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> FAX * 初診時のご報告や緊急時には、お電話をさせていただくことができます。

※ 詳細な検査結果等がございましたら別紙にてお送りください。

※ 検査または手術で全身麻酔が必要となることがあるため、当日朝の絶食（飲水自由）をお願い致します。

送付先 TEL:03-6812-0583 FAX:03-6812-0584 メール:reception@orchidvet.jp