紹 介 状

岡山理科大学獣医学部附属獣医学教育病院

診療申込　TEL：0898-52-9001

FAX：0898-52-9211

　　　　　　　　　　　　　E-mail：vth@vet.ous.ac.jp

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 希望診療科 |  | 希望獣医師名 | |  |
| 希望診察日 | 第1希望　　　　年　　月　　日 | | 第2希望　　　　年　　月　　日 | |

**1.貴病院情報**

|  |  |
| --- | --- |
| 病院名 |  |
| 住所 |
| TEL／FAX |
| 担当獣医師名／携帯電話 |  |
| メールアドレス |  |

**2.患者（患畜）情報**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 飼主名 |  | | | 電話番号 | |  | |
| 住所 |  | | | | | | |
| 動物名 |  | 動物種 |  | | 品種 | |  |
| 生年月日 | 年 月 日 |  | | | | | |
| 性別 | オス (去勢： 済 ・ 未 ) ・ メス (避妊： 済 ・ 未 ) | | | | | | |

**3.症例情報**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 主訴 |  | |
| 現病歴及び現疾患に対する主な検査歴・治療歴 | 年月日・症状・検査結果・治療歴 | |
| 現在の処方 |  | |
| 紹介目的 | 診断のみ　・　治療のみ　・　診断および治療　（いずれかに○をつけてください） | |
| （ご希望の検査・治療内容を具体的にご記入下さい） | |
| 既往歴 |  | |
| 予防歴 | 混合ワクチン | (　　　種／最終　　　　　　年　　　　月　　　　日） |
| 狂犬病ワクチン |  |
| 猫白血病ワクチン | (　　　種／最終　　　　　　年　　　　月　　　　日） |
| フィラリア予防 |  |
| ノミ予防 |  |

**血液検査結果など詳細な資料がございましたら、別紙にてお送りください。**

以下は岡山理科大学獣医学部附属獣医学教育病院確認欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付担当 | 担当医 | 確定連絡者 | 確定日時 |
|  |  |  | 月　　　日　　　時 |