

FAX用診察依頼書

動物眼科センターFAX：0561-64-5786

貴院情報

貴院名：	担当獣医師：
メールアドレス（診察結果の報告先となりますので必ずご記入ください）	
電話番号：	FAX番号：
病院住所：	

飼い主様情報

フリガナ
飼い主名：

症例情報

ペット名：	生年月日：	年	月	日	（	歳）			
動物種：	イヌ・ネコ・その他（	）	品種：						
性別：	オス	・	メス	不妊手術：	済	・	未	・	不明
症例の仮診断名：									

症例経過（眼の症状と経過、現在の治療について詳しくご記入ください）

現在、処方中の薬剤と投薬量（回数）

点眼薬：

内服薬：

緊急性の有無：	あり	・	なし		
緊急性ありの場合、 または外科治療が必要と考えられる場合、 全身麻酔の可否判断をお願いします。		全身麻酔：	可	・	不可