

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）	体重：	Kg		
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：
------	------

既往歴とそれに対する処方薬剤 なし・あり ※ありの場合は下記にご記入ください

--

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： 可 ・ 不可

全身麻酔の可否判断をお願いします。

※FAXご送信後、飼い主様に直接お電話にて診療予約をお取りいただきますようお願いください