

## 診療・検査申込書

依頼日 20\_\_年\_\_月\_\_日

紹介病院 \_\_\_\_\_ 院長名 \_\_\_\_\_ 様

担当医 \_\_\_\_\_ 様

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_ 緊急時連絡先 \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_

診療・検査報告書の受取方法 メール FAX メールとFAX

電話での報告 要 不要

飼い主様来院 あり なし

### ・患者プロフィール

フリガナ  
飼主様名 \_\_\_\_\_ 様      フリガナ  
患者名 \_\_\_\_\_

生年月日 20\_\_年\_\_月\_\_日      年齢 \_\_\_\_才 \_\_\_\_月

動物種 犬 猫 他 (      )      性別 雄 雌 不明

品種 \_\_\_\_\_      体重 \_\_\_\_ k g

狂犬病予防 未 済      ワクチン \_\_\_\_\_

既往症 \_\_\_\_\_

### ・依頼内容



検査診断・治療までの総合診療

検査・診断のみ

主訴

---

---

---

---

疑われる診断名

---

画像診断依頼 (複数選択可)

CT 検査

腹腔鏡検査

胸腔鏡検査

消化管内視鏡検査

検査に対する要望等

---

---

---

・事前にお電話をしていただき、この用紙にご記入の上お送りください。

りんごの樹動物病院 担当 院長 近藤 元紀 あて

TEL 0566-79-2211

FAX 0566-79-2250

mail apple@2211.cc

