

紹介診療申込み

FAX:011-706-5278

依頼日	年 月 日		
希望診療科	☐ 内科 ☐ 外科 (いずれかにチェック、不明の場合は空欄)		
希望診察日	第1希望:	月 日	第2希望: 月 日
	第3希望:	月 日	☐ できるだけ早く
紹介病院名			
院長名		担当医名	
電話番号		FAX	
診療時間外連絡先			
メールアドレス			
連絡事項			

※担当獣医師の希望など(診察担当日の詳細はHPをご覧ください)

患者プロフィール

飼い主氏名		電 話	
ペット名		動物種	
性 別	☐ オス ☐ オス (去勢済み)	品 種	
	☐ メス ☐ メス (避妊済み)	年 齢	歳 か月
依頼内容	☐ 診断・治療までの総合診療を希望	その他:	
	☐ 診断のみを希望		
主 訴			
症 状 検査結果 治療経過			
現在の処方			

※FAX内容を確認後、受診可能な日時を貴院に電話またはFAXでご連絡差し上げます。

※受診希望日の前日15時以降にFAXを送信された場合、予約をお取りすることできない可能性があります。

緊急の場合は電話でお問い合わせください。(平日9～15時:011-706-5239、時間外:011-706-5278、5241)

時間外番号への電話は、常に応対できるわけではありません。あらかじめご了承ください。