



松原動物病院

腫瘍科診療予約・申込書

■診療のご依頼方法

1. 診療予約依頼書（本紙2枚）に必要事項を記入し、FAX（もしくはE-mail）でお送りください。

FAX : 072-331-3688 E-mail : info@mah.jp

2. メールの場合：通常3日以内に当院より診療確定日のご連絡を差し上げます。

FAXの場合：FAX送信後、当院までお電話をお願いします。お電話にて診療日を確定いたします。

TEL : 072-331-3493

■貴院の情報

紹介病院名

住所

TEL () FAX () E-mail ()

報告方法：チェックをつけて下さい。 TEL FAX メール その他 ()

■飼い主様の情報

飼い主様のお名前（よみがな）：

動物の名前：

連絡先（TEL）：

動物の種類、性別、年齢：

混合ワクチン接種：有 / 無 狂犬病ワクチン接種：有 / 無 フィラリア予防：有 / 無

猫エイズ・猫白血病ウイルス検査：実施済み（猫エイズ：陽性 / 陰性、猫白血病：陽性 / 陰性）、未実施

当院への過去の受診歴 有（カルテ番号： ） / 無

■診察に関する希望

希望する項目すべてにチェックをお願いします

診断・治療に関する相談のみ（セカンドオピニオン）

診断のみ

診断から治療まで必要な診療はすべて

ご家族のご希望に依存

その他（ご希望をできるだけ詳しくご記入下さい）

■予約の希望

診療希望日 飼い主様の希望日がある場合にはご記入ください
()

通常予約 (1-2 週間以内)

緊急 (数日以内)

仮予約 月 日 時～

※仮予約とは、お電話にてご希望の日時をすでに伺っている場合のことを言います。

※基本的には上記の日数以内に予約をお取りしますが、予約状況によってはご希望に添えないことがあります。

※緊急性が高い場合には、即日対応が可能な場合もございますので、直接電話にてお問い合わせ下さい。

■症例情報

今回の主訴/症状など

臨床診断名 (すでに細胞診や病理組織検査等が実施されている場合)

貴院での治療経過・検査結果など

現在使用している薬剤

過去の既往病歴、その他

※細胞診・病理組織検査の結果などの各種検査結果は可能な限り一緒にお送りください。

※CT 検査、レントゲン検査、エコー検査の結果は USB 等に保存し、飼い主様にお渡しください。