Hyogo Pet Medical Center 兵庫ペット医療センター

Copyright (C) Hyogo Pet Medical Center All Rights Reserved.

# 診療情報提供書（紹介状）

| | |
|---|---|
| 希望診療科 | □画像診断(CT・MRI)　□整形　□呼吸器　□その他 |
| 受診日(希望日) | 第1希望日　月　日　第2希望日　月　日<br>【予約済　月　日】※TELにて既にご予約確定している場合のみ |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 貴院名 | | 担当医 | |
| 電話 | | FAX | |
| E-mail | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 飼主氏名 | | 電話 | |
| 居住地域 | □兵庫県阪神間　□兵庫県神戸市　□大阪府　□その他(　　) | | |
| 動物名 | | 動物種 | □　犬　□　猫 |
| 品種 | | 年齢 | 歳齢(　年　月　日生) |
| 性別 | ♂・♀・去勢・避妊 | 体重 | kg |
| 病状<br>および<br>治療経過 | | | |
| 現在の<br>投薬内容 | | | |
| 既往歴 | | | |
| 予防歴 | □混合ワクチン(　種　最終接種日：　年　月　日)　□狂犬病　□フィラリア症 | | |
| 紹介目的 | □診断のみ　□治療のみ　□診断と治療(特に希望する内容　) | | |
| 希望検査 | □CT　□MRI　□内視鏡　□センターの判断に任せる | | |
| 来院予定者 | □主治医の先生　□ご家族様　□病院職員 | | |
| 報告方法 | □ E-mail　□FAX | | |

※ 詳細な検査結果等がございましたら別紙にてお送りいただくか当日ご持参ください。
※CT・MRI検査では全身麻酔を必要とするため、飼い主様への来院12時間前の絶食と3時間前の絶水指示をお願いします。
※検査終了後画像所見について検討を行い報告書を作成し主治医の先生にご報告いたします。　症例によっては最大7日程度お時間を頂くことがございます。ご了承お願いいたします。

**以上、ご記入頂けましたらFAXにて下記の番号へ送信して下さい。**

**FAX ：06-6428-2220**

ご不明な点が御座いましたら電話にてご連絡ください。　兵庫ペット医療センター　尼崎本院　Tel：06-6428-2565