

|  |
| --- |
| **診 療 申 込 書** |

■貴院情報

|  |  |
| --- | --- |
| 病院名  TEL /　FAX |  |
| 担当医名 |  |

■診療希望

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 希望診療日 | 第1希望  　　　月　　　　日 （　　　　） | 第2希望  　　　月　　　　日 （　　　　） | 第3希望  　　　月　　　　日 （　　　　） |

■患者様名

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 飼主名 | 様 | | | 電話番号 | ―　　　― |
| 住所 |  | | | | |
| 動物名 | ちゃん | | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 動物種 | 犬 ・ 猫 | 品　種 |  | 体　　　重 | ㎏ |
| 性別 | 雄 ・ 雌 ・ 去勢 ・ 避妊 | | | マイクロチップ | あり　・なし・　不明 |

■紹介症例情報

|  |  |
| --- | --- |
| 主訴 |  |
| 疑われる疾患名 |  |
| 紹介目的 | (いずれかに〇をつけてください)  CT　/　MRI　/　CT・MRIを含む総合診断　/　内視鏡　/　診断および治療 |
| (ご希望の検査・治療内容を具体的にご記入ください) |
| 既往歴 |  |
| 現病歴および現疾患に対する主な検査歴・治療歴 | |
|  | |
| その他 |  |
| 結果報告方法 | (当院からの検査結果報告についてご希望の連絡方法に〇をつけてください)  FAX　・　メール [アドレス：　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　] |

<主治医の先生へ>

診療申込書をダウンロードしていただき、ご記入の上、電話またはFAX・メールにてお申込みください。

検査データ等ございましたら、あわせてお送りください。

　電 話 ： 092-738-3131 　FAX　： 092-738-3133　メール ： [fukuokacyuou@gmail.com](mailto:fukuokacyuou@gmail.com)