



## 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	
性別	雄 ・ 雌 ・ 去勢 ・ 避妊	体重	kg
		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○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○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 : [fukuokacyou@gmail.com](mailto:fukuokacyou@gmail.com)