



大塚駅前どうぶつ病院 心臓メディカルクリニック

紹介状

依頼日	年 月 日	診察希望日	月 日 時頃
診療科	<input type="checkbox"/> 循環器科 <input type="checkbox"/> その他		
担当医の希望	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
紹介病院			
院長名		担当医	
電話	() -	Fax	() -
メールアドレス	@		
連絡希望時間 (ご希望に沿えない場合もあります。)	<input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> ___:___~___:___ <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> ___:___~___:___ <input type="checkbox"/> 水曜日 <input type="checkbox"/> ___:___~___:___ <input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> ___:___~___:___	<input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> ___:___~___:___ <input type="checkbox"/> 土曜日 <input type="checkbox"/> ___:___~___:___ <input type="checkbox"/> 日曜日 <input type="checkbox"/> ___:___~___:___	その他
連絡事項			

患者プロフィール

飼い主名		ペット名	
電話	() -	Fax	() -
動物種	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫	品種	
性別	<input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> 避妊・去勢済	生年月日	年 月 日(歳)
依頼内容	<input type="checkbox"/> 診断(精査・鑑別)のみ <input type="checkbox"/> 治療までの総合診療 <input type="checkbox"/> その他()		
主訴	<input type="checkbox"/> 無徴候 <input type="checkbox"/> 心雑音 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 元気消失・運動不耐 <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 失神 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 肺水腫 <input type="checkbox"/> 後肢麻痺 <input type="checkbox"/> 液体貯留 (<input type="checkbox"/> 胸水、 <input type="checkbox"/> 腹水、 <input type="checkbox"/> 心嚢水)		
症状 検査結果 治療経過 その他			
現在の処方			

※簡単で結構です。詳細な紹介状は別途FAX頂くか、来院時に飼い主様にご持参頂ければ幸いです。

※受診希望日に対応できない場合、受診可能な日時を貴院に電話またはFaxでご連絡申し上げます。
 ※受診希望日の前日17時以降に送信された場合、予約をお取りすることができない可能性があります。
 ※緊急の場合は電話(Tel: 03-6903-7005)にてお問い合わせください。