愛知動物外科病院 Fax(0564-20-8422)

TEL (0564-20-8748)

Email: aash202195@gmail.com

# 診療予約申込書

以下の項目をご記入頂き、**FAX**または**Email**で送付してください。

診察日時のご予約は、**飼い主様**からのお電話にてお受けしております。

Tel 0564-20-8748 (受付時間9:00～18:00) にお電話頂くようお伝えください。

|  |  |
| --- | --- |
| 貴院名 |  |
| 担当医 |  |
| □ Tel |  | □ Fax |  |
| □ Email |  |

（診察報告書の送付先としてご希望の連絡先の□に をお願いします。）

紹介目的

* 診断、手術を含む治療
* 手術のみ
* 診断のみ
* その他 （ ）

|  |  |
| --- | --- |
| 飼主氏名 |  |
| 動物名 |  |
| 動物種 | □ 犬 ・ □ 猫 | 品種 |  |
| 生年月日 | 西暦 年 | 月 | 日 （ | 歳 ） |
| 性別 | * 未去勢雄
 | * 去勢済雄
 | * 未避妊雌
 | * 避妊済雌
 |
| 既往歴 |  |
| 経過症状・検査所見治療内容など簡単にご記入下さい他に必要な検査データなどありましたらFAXやEmailに添付をお願いします。 |  |
| 疑われる疾患 | / 不明 |

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

返信欄 飼い主様からご連絡をいただき、診察日が決まりましたら、当院で記入し返信いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 初診予約日 | 月 | 日 | （ | ） | 時間 | ： | ～ |