|  |  |
| --- | --- |
| **受診に際しての希望** |  |
| 希望病院診療科 | [ ] 川崎 | [ ] 名古屋 | [ ] 消化器科 | [ ] 泌尿器科 | [ ] 腫瘍科 | [ ] 脳神経科 | [ ] 整形科 |
| [ ] 東京 | [ ] 大阪 | [ ] 循環器科 | [ ] 呼吸器科 | [ ] 血液内科 | [ ] わからない |  |
| 希望日 | 第1 |  | 第2 |  | お電話でご予約済みの場合は、予約確定情報をご記入ください。 |
| **病院情報** |
| 病院名住所等 |   | 病院TEL |   |
| 病院FAX |   |
| 担当獣医師名 |   |
| 緊急連絡先 |   |
| **飼い主・患者動物情報** |
| 飼い主名 |   | 動物名 |   |
| 住所TEL | 〒  | 動物種 | [ ] 犬　[ ] 猫 | (品種)  |   |
| 性別 | [ ] オス | [ ] メス | 体重 |  kg |
| TEL | 　  | [ ] 去勢 | [ ] 避妊 |
| JARMeC受診歴 | [ ] あり[ ] 同居動物あり(  | ちゃん) | 生年月日 | 西暦 |  年 |  月 |  日 |
| ( |  歳 |  ヵ月) |
| **疾患情報** |
| 主訴 |   |
| 疑う疾患 |   |
| 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) |   |

| 病歴・治療歴・既往歴・予防歴 ※ノミ･ダニ予防をしていない場合、患者動物の状態が許す限り、来院前にノミダニ駆除薬の投与をお願いします。※検査の異常値・異常所見、投薬情報を詳しくご記入いただき、検査結果は別紙にてご提供ください。 |
| --- |
|   |

|  |
| --- |
| ※キャミックで撮影された画像データは、当センターから取り寄せ可能です。差し支えないようでしたら、以下の入力をお願いします。 |
| 検査日 |   | 年 |   | 月 |   | 日 | ※複数回検査している場合は、最新の検査日を入力してください。 |
| カルテID |   | (6桁) |
| 撮影データ | [ ]  CT [ ]  MRI |  |