



診察依頼書

FAX:03-5748-6670

病院名： _____ 担当獣医師： _____

住所： 〒 _____

TEL： _____ FAX： _____

E-Mail： _____

飼い主名： _____ TEL： _____

患者名： _____ 動物種： 犬 猫 品種： _____

生年月日： ____年 ____月 ____日 性別： 雄 去勢雄 雌 避妊雌

主訴・臨床経過など

※ 血液検査結果や追加事項は別紙にて添付をお願いします。

当院にご希望の診療

糖尿病に関する診察・治療を希望 治療方針が確定するまでの診察を希望

当院にて定期的に診察し、貴院にて治療 飼い主の希望による

その他 _____

報告方法について

診察ごと 症状や治療方針が変化したとき

定期的に 必要なし