

眼科診療科の診察希望に際して、本用紙の所定事項に記入し、FAXでの申し込みをお願い致します。

いなにわ動物クリニック 申し込みFAX番号:0270-63-2793

1. (ふりがな)

獣医師氏名:

施設名:

TEL:

FAX:

E-mail:

メールにて診療データを共有しますので、メールアドレスをご記入ください。

2. 紹介症例の情報:

(1)飼主氏名:

(2)動物種類:

品種:

(3)性別: 雌 ・ 雄 (避妊 ・ 去勢) ○を付けて下さい

(4)生年月日・年齢: 西暦 年 月 日生 歳 ヶ月

3. 主な症状:

4. 疑われる病名:

5. 現病歴、とくに治療内容と治療反応:

6. ご希望診察日:

※印牧先生の指導日を希望する方は、獣医師勤務表を確認の上、お問い合わせ下さい。

TEL:0270-62-2770

※来院時の朝食は食べさせないよう飼主様へお伝え下さい。

7. その他のご要望および連絡事項:

眼科緊急疾患(急性緑内障、深在性角膜潰瘍、水晶体脱臼)は早急に対応いたしますので、予約時にその旨を必ずお申し出下さい。

ホームページ: <http://www.inaniwa-ac.jp/index.html> この用紙はホームページからもダウンロードできます。

いなにわ動物クリニック

