

専科受診票

ペテモどうぶつ医療センター相模原
TEL:042-757-2230
Mail(専科):PAMC-S.info@aeonpet.co.jp

※任意の□の中に✓を入れてください

紹介元病院名		所在地		
担当獣医師名				
TEL				
メールアドレス				
希望診療科	総合診療科 (☐ 内科 / ☐ 外科) ☐ 眼科 ☐ 腫瘍科 ☐ 神経科 ☐ 行動診療科 ☐ 整形外科			
診療予約日	年 月 日 (:)			
飼い主さま氏名		動物名		
飼い主さま連絡先	自宅:		携帯:	
動物の種類	☐ 犬 ☐ 猫 (品種:)		性別: ☐ オス ☐ メス	避妊: ☐ 済 ☐ 未
動物の生年月日	西暦 年 月 日 (歳 ヶ月) / 体重: kg			
ワクチン	混合 種 (年 月) / 狂犬病 (年 月) ☐ 未接種			
フィラリア症予防歴	☐ 有 (薬剤:) ☐ 無		ノミ・マダニ予防歴	☐ 有 (薬剤:) ☐ 無
マイクロチップ	☐ 有 ☐ 無		当センター受診歴	☐ 有 ☐ 無
【 主訴・疑われる疾患名 】				
【 現病歴および現疾患に対する主な検査歴・治療歴 】				
既往歴				
受診目的				
現在処方中の薬など				
持参資料	☐ 有 () ☐ 無			
その他共有を望まれる情報				

結果については、メールにてご報告いたします