専科受診票

ペテモどうぶつ医療センター札幌月寒
TEL:011-598-9913
Mail（専科）：pamc_tsukisamu@aeonpet.co.jp

※任意の□の中にv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	□外科　□腫瘍科　□内科　□神経科（CT検査）　□内視鏡外科		
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）　口未接種		
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	
個人情報 提供の同意	□飼い主さまから個人情報を当院に提供することの同意を得ました（✓必須項目）

結果については、メールにてご報告いたします