眼科診療予約フォーム

診療申込 FAX 番号: 0 4 6 7 - 3 1 - 0 0 5 8 * 登録済み診療施設はメールによる受付可

希望診察日			第1希望		第2希望		第3希望	
1. 貴病院情報								
病院名 郵便番号·住所 電話/FAX 番号								
担当医征	 名/緊急		緊急時;					
*E-mail					33.2. 37			
2. 患者情報								
飼い主名				1	電話番号			
動物名			動物種	犬・猫	品種			
性別		雄 · 雌	・去勢・う	壁妊	年齢		歳	カ月
3. 症例情報								
主訴								
疑われる疾患名								
既往歴								
性格、注意点								
現病歴および現疾患に関する内容								
年月日		症状		検査内容・結果および治療歴				
現在の処方								

さらに資料等がございましたら、別紙にてお送り下さい。

TEL: 0 4 6 7 - 3 1 - 0 0 5 3