



どうぶつ眼科専門クリニック
診察予約申し込み用紙

必要事項をご記入のうえ、06-6151-3492 までFAX送信をお願いいたします。

あり

なし

緊急性の有無(主治医様ご判断)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
罹患眼の痛みの有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
罹患眼の急性の失明	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

主治医様情報

貴院名／先生のお名前	/
ご住所	〒 —
メールアドレス	@
電話番号／FAX番号	— — / — —
携帯番号	— —

飼い主様情報

飼い主様のお名前	様 ※当クリニック受診歴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
飼い主様の電話番号	— —
飼い主様の携帯番号	— —

動物情報

動物のお名前	ちゃん
動物の生年月日	西暦 年 月 日 (歳)
動物の種類／品種	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> その他() (品種:)
動物の性別	<input type="checkbox"/> 去勢オス <input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> 避妊メス <input type="checkbox"/> メス
動物の体重	kg
動物の性格	<input type="checkbox"/> 大人しい <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 怖がり <input type="checkbox"/> 攻撃的 (具体的に:)
動物の既往歴	

紹介情報

仮診断名			
紹介理由			
予約希望日 ※すでに予約日が確定済みの場合 □に✓をご記入ください。	西暦	年	月 日 □ 予約済み
貴院での眼科検査結果	未実施/未確認	右眼	左眼
視覚の有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
眼圧検査	<input type="checkbox"/>	mmHg	mmHg
使用した眼圧計	<input type="checkbox"/> トノペンXL <input type="checkbox"/> トノペンAvia <input type="checkbox"/> トノベット <input type="checkbox"/> トノベットPlus <input type="checkbox"/> 眼圧計なし		
シルマー涙試験	<input type="checkbox"/>	mm/分	mm/分
フルオレセイン染色	<input type="checkbox"/>		
瞳孔の大きさ	<input type="checkbox"/>		
詳しい経過と現在の治療			
現在使用の点眼・内服			

確認事項

予約日時に関するご連絡先	<input type="checkbox"/> 当クリニックから 直接飼い主様へご連絡希望 <small>※事前に飼い主様に当クリニックから予約確認の連絡があることをお伝えください。</small>	<input type="checkbox"/> 当クリニックから貴院へ ご連絡希望
初診当日の来院予定者	<input type="checkbox"/> 飼い主様	<input type="checkbox"/> 主治医様
一般血液検査、胸部レントゲン等が必要な場合 (術前検査等)	<input type="checkbox"/> 当クリニックでの実施可	<input type="checkbox"/> 貴院にて実施希望
検査結果の報告方法 診察日から1週間程度要します。	<input type="checkbox"/> 電話にて報告 (当該患者様に関わる質疑応答可)	<input type="checkbox"/> メール(診断書発行) もしくは <input type="checkbox"/> FAX(診断書発行)