

# ご紹介お申込み用紙

緊急性の有無(主治医様ご判断)  有 ・  無

罹患眼の痛みの有無  有 ・  無

罹患眼の急性の失明  有 ・  無

希望日※ 西暦 年 月 日

※初めての診察は、午前中のみ（土曜日を除く）の予約となります。予めご了承ください。

予約日※

※事前にすでに当クリニックに飼い主様よりご連絡いただいております、

その予約日が当クリニックで確定している場合は確定済みとご記入ください。

予約日確定済み  予約日未確定

初診申し込みの際の  
予約日時の連絡方法

当クリニックから直接、飼い主様への連絡を希望

申し込みフォーム確認後、当クリニックから貴院への連絡希望

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

- -

検査当日当院からの電話

要 ・ 不要

飼い主様当院受診歴

有 ・ 無

飼い主様氏名・動物名

様 /

ちゃん

飼い主様の固定番号

- -

// の携帯番号

- -

来院予定者 飼い主様 主治医様のみ 飼い主様と主治医様

---

動物の生年月日 西暦 年 月 日 ( 歳)

---

動物の種類/品種  犬  猫  その他 ( ) / 品種:

---

動物の性別  去勢オス  オス  避妊メス  メス

---

現在使用の点眼

---

動物の性格

---

既往歴

---

瞳孔の大きさ 右: 左:

---

貴院様での眼圧検査 可 不可

---

※お持ちの眼圧計 トパコンXL トパコンAvia トパット その他 ( )

---

眼圧 (数値mmHg) 右 左 未実施

---

シルマー涙試験 右 左 未実施

---

(数値mm/分)

フルオレセイン染色 右 左 未実施

---

(濃染/淡染/陰性)

眩惑反射 右 左 未実施

---

(眩しい光に対する瞬きの有無)

一般血液・胸部レントゲン等が必要な場合 主治医様にて実施希望 眼科にて実施希望

---

【目の症状と期間や現在の治療について】

【仮診断名】

【紹介理由】