

集中治療外来予約申込書

飼い主様記載欄 ※下記の事項を精読の上記載して提出してください

飼い主様氏名	(ペット様名)
住所	
動物種	DOG ・ CAT ・ OTHER ()
生年月日	年 月 日 (才)
性別	おとこのこ ・ おんなのこ
基礎疾患	
既往歴	
その他申告事項	

問診

発症開始時期	年 月 日
初期症状	
他院で診察を受けられていましたか	はい いいえ
他院での診断名を記入してください	
他院での治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日
治療内容と経過を(わかる範囲でいいです)、また未治療の方は症状や様子をご記入ください	
その他	上記以外気になる点、獣医さんに相談してみたい点があったら何でも記載してください
治療方針について希望と一致する番号を以下から選び○してください。	
① 詳細な検査を行い原因を調べかつ治療を希望する	
② ①に加え抗高齢化治療レベルまでの出来るだけの事をして積極的にしてあげたい	
③ ①に加え症状を最低ラインに抑える治療をしたい	
④ 検査のみを行い原因のみを把握したい	
⑤ 高齢であるため詳細検査は希望せず症状を抑え生活を快適にしうる治療を希望する	
⑥ その他 ()	
本診療で特別希望される事がございましたら記入してください	
ご来院希望日時	2012年 月 日

ライオン動物病院
東京都三鷹市野崎2-19-15
TEL/FAX: 0422-33-9903
診療獣医師: 土岐 政晴