

どうぶつ眼科VECS

Veterinary Eye Care Service

〒001-0013 札幌市北区北13条西1丁目1-8 TEL: 011-792-1722 FAX: 011-792-1725

ご紹介病院名 _____

ご紹介獣医師氏名 _____

ご連絡先住所 _____

ご連絡先電話番号 _____

ご連絡先FAX番号 _____

症例に関する基本情報

E-mail _____

※メールアドレスの記載が無い場合はご報告できない場合もありますので、ご了承ください。

飼い主氏名 _____

ペット名 _____

生年月日 _____

動物種・品種 _____

性別: ♂ ♀ 避妊・去勢: 有 無

ご紹介理由(主訴)

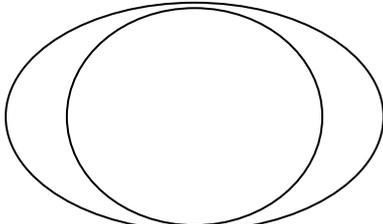
診察希望日時

	<input type="checkbox"/> 飼主様より当院へ連絡
--	-------------------------------------

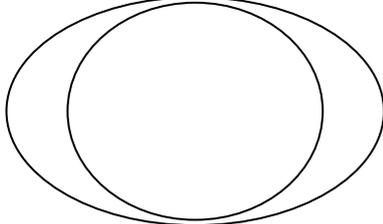
貴院での検査所見(血液検査など含)

最近の血液検査結果がありましたら、添付をお願いします。

右眼



左眼



検査・診断後のご希望

※該当する口に印をつけてください

治療終了までVECSで治療

初診後は連絡を取りながら貴院で治療を実施

診断・治療方針決定までVECS、治療主体は貴院で実施 VECSで定期検査しながら治療は貴院で実施

報告書の送付方法

基本的にはE-mailでのご報告となりますが、その他を希望される場合、ご記入をお願いいたします。

E-mail以外のご報告方法) _____