

診療予約日時	第1希望	月 日 ()	第2希望	月 日 ()
		時		時
来院者	主治医 ・ ご家族 ・ その他 ()			
診療内容	診察のみ ・ 手術 ・ セカンドオピニオン			
	その他希望事項 ()			
担当医の希望	なし ・ あり (先生)			
KyotoARでの治療	希望する ・ 希望しない ・ 結果により相談			
KyotoARでの手術	希望する ・ 希望しない			
検査直後の連絡	不要 ・ 要 ()	追跡調査	可 ・ 不可	

1. ≪ 動物病院 情報 ≫

※ 診療日時や担当医はご希望にそえない場合もございます。あらかじめご了承ください。
※ そのままの手術とは限りません。

病院名			担当獣医師	
連絡先	(TEL)	(FAX)		
	(E-mail)	@		
住所	〒			

2. ≪ 飼い主様 情報 ≫

飼い主氏名	(フリガナ)	連絡先	(自宅)
	様		(携帯)
住所	〒		

3. ≪ 患者様(症例) 情報 ≫

患者名	(フリガナ)	動物種	犬 ・ 猫 ・ ()	体重	kg
	ちゃん	品種			
生年月日	年 月 日 (歳 ヶ月)	性別	♂ ・ ♀ ・ 去勢 ・ 避妊		

〔 現疾患および現病歴に関する主な検査・治療歴 〕

年月日	症状	実施検査内容および異常所見	治療内容
現在の処方			
現在治療中の併発疾患			
既往歴			
手術歴			
骨折手術歴	なし ・ あり 部位()		
整形疾患歴	なし ・ あり 部位()		
予防歴	☐ 混合ワクチン (種 , 最終接種日: 年 月 日) ☐ フィラリア予防 ☐ ノミ予防		
以前にKyotoARで診察や検査を受けたことがありますか？	なし ・ あり (年 月 日 症例No.)		
備考			