※事前に**TEL:03-3378-3366**までお電話ください

※ご記入後、**FAX:03-3378-3367**もしくは、ご紹介病院専用メールアドレス**jamc@jamc.co.jp**までお送りください

※救急診療には時間外料金もしくは救急対応料金が発生する場合がございます

「救急診察依頼フォーム」

**紹介元動物病院様名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ご担当医　　　　　　　　先生**

**電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　FAX番号**

**E-mail**

**１　来院予定日時**　　　　　月　　　　日　　　　時　　　　分　頃予定

**主訴・現在の状態**

**２　ご家族様情報**

お名前　　　　　　　　　　　　　 　 様　　フリガナ　　　　 　　　　　　　　　サマ

緊急時の連絡先（お電話番号）

**３　動物情報　　※以下（わかる範囲で結構です）**

名前

動物種（　犬　・　猫　・　うさぎ　・　フェレット　・　ハムスター　）

品種

性別（　雄　・　雌　・　去勢雄　・　避妊雌　）　年齢　　　　　　　体重　　　　　kg

＿年＿月

＿年＿月

＿年＿月

　　最終予防歴：　混合ワクチン　　　　　　　　狂犬病　　　　　　　　ノミダニ

**３　薬に対するアレルギーなどの有無**

ある

ない　　　不明

**４　既往歴と治療歴**

**５　ご家族様にお伝えしている治療方針・鑑別診断リストなど**

**６　検査資料**

**ご家族が持参　 FAX( 03-3378-3367 )  Email添付(** [**jamc@jamc.co.jp**](mailto:jamc@jamc.co.jp) **)**

血液検査結果　　画像データ　　外注検査結果　　経過報告書　　投与中の薬

その他

通信欄

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ST | AL1 | AL2 | AL3 | ETC | CB |
| 受診者 | 予約登録 |  |  |  |  |