

お電話でご予約の上、こちらをFAXまたはメールにてご送付ください。

日本動物リファラルセンター 予約フォーム

年 月 日

貴院名	フリガナ		
貴院連絡先	Tel	:	
	FAX	:	
	E-mail	:	
担当獣医師名			
報告書送付先	希望される報告書の送付方法は メール ・ FAX		

飼い主様氏名	フリガナ		
動物名	ちゃん		
動物種	犬 ・ 猫	種類	
性別	雄 ・ 去勢 ・ 雌 ・ 避妊	体重	Kg
生年月日	年 月 日	年齢	歳 ヶ月

主訴			
疑われる疾患			
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診断のみ <input type="checkbox"/> 診断および初回処方 <input type="checkbox"/> 診断および継続治療 <input type="checkbox"/> その他（以下に詳細を記載）		
既往歴			
予防歴	混合ワクチン	種 / 最終接種日： 年 月 日	
	狂犬病ワクチン	最終接種日： 年 月 日	
	ノミダニ予防	未実施/実施している	フィラリア予防 未実施/実施している
アレルギーの有無	(		

診療希望日	すでに決定済みの場合	当センターと飼主間で調節	無 ・ 有
第1希望日：	/	、第2希望日：	/
		、第3希望日：	/

現在の処方						
薬剤名	製品名	サイズ	錠形		用法 SID、BIDなど	用量
			粉	もしくは 分割		
ピモベンダン			粉	/ T		mg/kg
ACE阻害薬			粉	/ T		mg/kg
フロセミド			粉	/ T		mg/kg
トラセミド			粉	/ T		mg/kg
アムロジピン			粉	/ T		mg/kg
その他						

現病歴および現疾患に対する主な検査歴・治療歴
経過（検査日、検査結果、症状、治療）を記入してください。

※付随する診療経過報告書、検査結果等をご来院の飼い主様にお持ちいただくか、こちらと一緒にFAXもしくはメールにてご送付下さい。

- 電話番号 : 03-6453-723
- FAX : 050-3535-57
- E-Mail : vec-vrc@vec-j.com



日本動物リファーマルセンター  
Ve.C. Japan Veterinary Referral Center