

返信先FAX番号: 072-730-2470

返信日: _____年____月____日

皮膚科診断サポート初診申込書

ご予約日時	年	月	日	時	分
貴院名					
ご住所	(〒 -)				
お電話番号					
ファックス番号					
電子メールアドレス					
飼主様のお名前				電話番号	
飼い主様の住所					
動物の種類	犬・猫・他()		品種		
動物の性別			動物の名前		
動物の生年月日	年	月	日	(歳	ヶ月)
飼育環境	室内 ・ 室外 ・ 室内外				
その他の特徴					
葉月会会員 ・ 葉月会会員外					
発症年齢又は時期	歳	ヶ月頃	/	年	月 日頃
初発の部位					
痒みの程度					
皮膚以外の既往症					

治療歴とその反応（投薬量及び期間もご記入下さい）

飼主様又は主治医が最も問題とする点

下記、該当する回答を○で囲んでください。

* 診療に来られる方はどなたですか？飼主様だけの場合必ず当日の主治医への連絡先をご記入下さい。

飼主様のみ(主治医の当日連絡先: _____) ・ 飼主様と主治医 ・ 主治医

※お預かりした動物と御家族に関する情報は、弊社高度皮膚科診療サポートの診察の為にだけ使用させていただきます、他へ流用することは一切ございません。ただし、卒後教育のための参考症例として利用させていただく場合もございます。事前にご承諾いただけますでしょうか。

() 承諾する

() 承諾しない

下記、ご署名、捺印をお願いいたします。

依頼獣医師名: _____

印