

# 越谷動物医療センター 問診票 セカンドオピニオン用



※かかりつけの病院での診察内容、検査結果(血液検査、レントゲン、エコー検査、心電図など)、薬の処方箋など、できるだけ詳しい資料をお持ち頂くようお願いいたします。

## 飼い主様の情報

フリガナ		ご連絡先(電話番号・携帯電話)
お名前		
ご住所	〒 -	

## わんちゃんの情報

お名前	生年月日 ( 歳 )	性別
	年 月 日	オス      メス
品種・毛色	※保険に加入していますか?	<input type="checkbox"/> アニコム
	はい      いいえ	<input type="checkbox"/> ipet
		<input type="checkbox"/> その他( )

## セカンドオピニオン外来の目的

<input type="checkbox"/> 現在の治療方針が適切か確認したい	<input type="checkbox"/> 診断内容について詳しく知りたい
<input type="checkbox"/> 診断が正しいかどうか確認したい	<input type="checkbox"/> 別の治療法があるか相談したい
<input type="checkbox"/> 手術が必要か確認したい	<input type="checkbox"/> これからの見通しを知りたい
<input type="checkbox"/> その他( )	

## 現在の病名、症状を具体的にお書き下さい

## 現在行っている治療や処方された薬などがありましたらお書き下さい

★ご記入ありがとうございました。問診票を受付へお渡してください。