

紹介状

病院名 :	_____	休診日 :	_____
院長名 :	_____	担当者名 :	_____
住所 :	〒 _____		
電話番号 :	_____	FAX 番号 :	_____
E-mail :	_____		
報告方法 :	E-mail ・ Fax ・ E-mail と Fax		

※検査結果の報告には 2-3 日かかりますので、ご了承ください。

動物情報

飼主名 : _____

動物名 : _____ カルテ番号(_____)

動物種 : 犬 ・ 猫 ・ その他(_____)

品 種 : _____

性 別 : 雄 ・ 雌 ・ 去勢雄 ・ 避妊雌

年 齢 : _____ 歳 _____ ヶ月 (_____ 年 _____ 月 _____ 日 生まれ)

体 重 : _____ kg (_____ 月 _____ 日)

体内金属 : なし ・ マイクロチップ ・ プレート/ピン/ワイヤー

希望日 : _____

既往歴 :

症状・経過

血液検査所見（実施日 月 日）※別紙に記載していただいても構いません

胸部レントゲン所見（実施日 月 日）※画像お持ちいただいても構いません

検査および希望内容（1-3の中からお選びください） → を希望します

1. CT 撮影のみ

飼い主様へは結果を説明せずに、病院へ結果報告のみ致します。結果はご紹介いただいた先生の方でご説明ください。

2. CT 撮影+飼い主様への説明

飼い主様、病院へそれぞれ結果報告致します。今後の治療に関してはご紹介いただいた先生の方でご説明ください。

3. CT 撮影+飼い主様への説明+今後の治療の提案

飼い主様、病院へそれぞれ結果報告および今後の治療提案をさせていただきます。それを踏まえて今後の治療に関してはご紹介いただいた先生の方で飼い主様とご相談して決めてください。

ご紹介いただく動物病院の先生方へ(このページは FAX 送信不要です)

① 麻酔のリスクについて

CT 検査は全身麻酔が必要となります。麻酔のリスクを評価するために、麻酔前検査として、血液検査(血球、生化学検査)と胸部レントゲン検査(2 方向以上)を推奨いたしますので、ご紹介前に検査を行い、麻酔の可否をご判断下さい。また、当院での麻酔の死亡率は約 0.1%ですが、絶対に安全な検査ではありませんので、飼い主の方に十分にご理解いただいたうえでご紹介ください。

② 当日の絶食について

麻酔時の食物逆流による誤嚥を防ぐため、また、胃内に食渣が停滞していると正しい診断が行えませんので当日の食事制限(絶食)が必要です。念のため、前日 20 時頃以降は食事を与えないようにして下さい。お水は少量であれば構いません。

③ 来院時間について

検査は午後から実施しますが、場合により麻酔前の追加検査が必要になるケースもありますので、午前 9 時～10 時にご来院いただけるようにお伝えください。なお、血液検査やレントゲン等のデータをお持ちいただくことができるのであれば、飼い主の方にお渡しください。なお、お迎え時間は当日の状況にもよりますが、おおよそ当日の 17 時頃となります。

④ 診断結果報告までの時間について

当院は遠隔診断システムを用いて、より精度の高い診断を行うようにしております。診断結果の報告までに 2-3 日かかることをご理解ください。ただし、緊急の診断を要する場合はその限りではありませんので、あらかじめご相談ください。

他に不明な点はお問い合わせください。

あすなろ動物病院

〒243-0112 神奈川県愛甲郡清川村煤ヶ谷 148

TEL 046-288-2010

FAX 046-280-6886

E-mail : asunaro148@gmail.com

<http://www.wandream-vet.com/>