



どうぶつ眼科専門クリニック

眼科初診紹介状

緊急性の有無 (主治医様ご判断)	罹患眼の痛みの有無	罹患眼の急性の失明
有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無

※上記、該当する方をお選び下さい

■主治医様について

貴院名 / 先生のお名前	/
メールアドレス	@
電話番号 / FAX番号	- - / - -
携帯番号	- -

■飼い主様について

飼い主様のお名前	様	
	※当クリニック受診歴 ☐ あり ☐ なし	
飼い主様の電話番号	- - / - -	
お住まい（都道府県・市町村）	都・道・府・県 市・町・村	

■動物情報について

動物のお名前	ちゃん	
動物の生年月日	西暦 年 月 日（満 才）	
動物の性別	去勢オス ・ オス ・ 避妊メス ・ メス	
動物の体重	Kg	
噛み癖	あり ・ なし	
動物の種類／品種	犬 ・ 猫 ・ その他（ ） 品種（ ）	
動物の性格	大人しい ・ 普通 ・ 怖がり ・ 攻撃的 具体的に（ ）	
動物の既往歴		

■眼の症状について

いつから			どちらの眼が	右眼 ・ 左眼 ・ 両眼
詳しい経過と 現在の治療				
現在使用の点眼・内服				
仮診断名				
紹介理由				
予約希望日	西暦	年	月	日 / ☐ 既に予約済み
貴院での検査結果	未実施／未確認	右眼		左眼
視覚の有無	☐	☐ あり ☐ なし		☐ あり ☐ なし
眼圧検査	☐	mmHg		mmHg
シルマー涙試験	☐	mm/分		mm/分
フルオレセイン染色	☐			
使用した眼圧計	トノペンXL ・ トノペンAvia ・ トノベット ・ トノベットPlus ・ 眼圧計無し			

■確認事項について

一般血液検査・胸部レントゲン等が必要な場合 (術前検査など)	当クリニックで実施可 / 貴院にて実施希望	
予約日時に関する ご連絡先	☐ 当院から直接飼い主様へ ご連絡希望 ※事前に飼い主様にご予約確認の 連絡があることをお伝えください	☐ 当院から貴院へご連絡希望 ※貴院が休診日で、患者様に緊急性がある 場合には、当院から直接飼い主様へご連絡 差し上げる可能性がございます。
検査結果の報告先 (診察日から1週間程度 要します)	☐ TEL ※TELのみ質疑OK ☐ メール (診断書発行) ☐ FAX (診断書発行)	

※必要事項をご記入のうえ、

06-6151-3492 までFAX送信をお願いいたします。