東京農工大学　小金井動物救急医療センター

放射線治療科症例紹介シート(放射線治療)

## 【紹介元動物病院について】

ご施設名：

ご担当獣医師名：

所在地：

電話番号：　　　　　　　　　FAX番号：

メールアドレス：

連絡可能な時間帯：

## 【症例および飼い主様に関する情報】　（該当箇所に✓）

飼い主様氏名：

ご住所：

連絡先電話番号：

動物名：　　　　　　　　　　　　　　　　　種別：犬・猫

犬種／猫種：

生年月日（西暦）：　　　　年　　　月　　　日（　歳　ヶ月）

体重（kg）：

性別と不妊手術歴：

　□ オス（　未去勢　／　去勢済　）

　□ メス（　未避妊　／　避妊済　）

不妊・去勢手術実施時の年齢：　　　　歳齢

マイクロチップ：　□ 装着済　□ 未装着

アレルギー歴：　□ 検査未実施 　□ なし 　□あり　　（　　　　　　　　　　　）

## 【腫瘍に関する情報】

腫瘍部位：

腫瘍のサイズおよび浸潤の程度：

所属リンパ節への転移：□ あり　□ なし　□ 不明

遠隔転移の有無：□ あり　□ なし　□ 不明

確定診断名（組織学的診断等）：

## 【全身状態】

血液検査等における重要所見：

全身麻酔のリスク評価：□ 実施可能　□ 高リスク　□ 不可　□ 評価中

その他の全身的症状や注意事項：

## 【紹介目的】

今回のご紹介目的：

□ 放射線治療　□ 精査（腫瘍診断など）　□ その他（　　　　　　　　　　　　）

## 【希望する検査・伝達事項】

併用薬、既往歴、その他共有すべき情報：

希望する検査や治療があればご記入ください：

(※ご希望に添えかねる場合があること、あらかじめご了承ください。)

## 【診療報告に関する希望】

ご希望の送付方法：

□ メール　□ FAX

※過去の検査結果等は可能な範囲でご提供ください（飼い主様持参でも可）。

※来院当日は朝食を控えていただくよう飼い主様にお伝えください。

（糖尿病症例や生後6ヶ月未満の動物などは除外、投薬は通常通り与えてください）