

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 to 〇)

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）