

リハビリテーション症例情報シート

Ver.4

<基本情報>

飼い主様氏名・カナ	
ご連絡先	
ご都合の良い時間帯	
ペット名	
犬種/猫種	
生年月日	
性別	雄 ・ 去勢雄 ・ 雌 ・ 避妊雌
既往歴	
現在治療中の他疾患の有無（疾患名）	無 ・ 有（
上記で有の場合 その治療内容	

<現疾患>

診断名	
手術日	
手術部位	
経過	

本学への移動手段 徒歩 ・ 自転車 ・ 車（車種及び色： ）

※X線・CT・MRIの写真データがあれば一部をメールに添付してお送り頂ければ幸いです。

※直近の狂犬病と混合ワクチン接種の確認もさせていただきます。

<連絡先>

〒120-0045 東京都足立区千住桜木2-2-1
帝京科学大学 生命環境学部 アニマルサイエンス学科
動物リハビリテーション研究室
助教・動物看護師 川村 和美
E-Mail: k-kawamura@ntu.ac.jp
TEL & FAX: 03-6910-3768(動物病院直通)
電話は平日の診察時間帯のみとなります