

獸醫轉介表格		日期:	
主人 / 寵物資料		轉介獸醫資料	
寵物名稱		獸醫姓名	
出生日期 / 年齡		獸醫診所名稱	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 已絕育: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 沒有	診所地址	<input type="checkbox"/>
品種		電話	<input type="checkbox"/>
種類	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 貓	傳真	<input type="checkbox"/>
主人姓名		電郵	<input type="checkbox"/>
主人電話		<input type="checkbox"/> 選擇首選的通訊模式	
客戶編號			
<input type="checkbox"/> 如果有任何藥物過敏，請註明:			

<p>轉介服務</p> <p><input type="checkbox"/> Cardiology 心臟專科 <input type="checkbox"/> Critical Care 深切治療</p> <p><input type="checkbox"/> Dentistry 牙科 / Oral Surgery 口腔外科</p> <p><input type="checkbox"/> Dermatology 皮膚專科 <input type="checkbox"/> Internal Medicine 內科專科</p> <p><input type="checkbox"/> Neurology 神經專科 <input type="checkbox"/> Oncology 腫瘤專科</p> <p><input type="checkbox"/> Surgery 外科專科</p> <p><input type="checkbox"/> Others 其他，請列出: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> 如果有需要特殊安排 如有任何特殊需求我們負責的轉介服務同事將與您聯繫，幫助病人和客戶</p> <p>急症及深切治療部 24 / 7 / 365 * 無需填寫完整的推薦表格即可在任何時候日子到訪我們的急診部</p>
---	---

轉介原因

目前的病歷 (請包括臨床體徵及病發日期，持續時間或進展以及嚴重程度)

診斷至今的總結 (請包括日期和相關結果，請發送化驗和影像報告)

現有治療 (請包括任何與此疾病有關的現時或先前的治療方法)

個別問題，意見或疑慮，及需要特殊安排的細節

備註: 請提交相關病歷記錄 (如，化驗報告、X 光片) 發送郵至 referrals@cityuvmc.com.hk

病歷記錄概要

- Yes
 No

相關病歷史

- 醫學記錄
 化驗報告

影像報告

- X 光片
 超音波

其他:

來到預約之前寵物需要禁食 12 小時及禁水 3 小時