

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	☐ 男 ☐ 女 已絕育: ☐ 是 ☐ 沒有	診所地址	
品種		電話	
種類	☐ 犬 ☐ 貓	傳真	
主人姓名		電郵	
主人電話		☐ 選擇首選的通訊模式	
客戶編號			
☐ 如果有任何藥物過敏，請註明:			

轉介服務 Canine/Feline 貓/犬專科 Cardiology 心臟專科 Critical Care 深切治療 Dentistry 牙科 / Oral Surgery 口腔外科 Dermatology 皮膚專科 Internal Medicine 內科專科 Others 其他，請列出: _____	Neurology 神經專科 Ophthalmology 眼科專科 Oncology 腫瘤專科 Rehabilitation 復健治療 Surgery 外科專科 ☐ 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 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
---	---

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