

轉介表格

轉介前敬請預約 (請打印及填寫整張表格)

Referral Form

Appointments must be scheduled prior to referral.

(This form can be downloaded from our website)



太平道寵物診所

香港九龍旺角自由道7B地下連一樓
電話:(852) 3650-3000 傳真:(852) 2715-3490
Shop B & 1/F, 7 Liberty Avenue, Kln, HK.
Tel:(852) 3650-3000 Fax:(852) 2715-3490
www.peaceavevet.com.hk

日期

Date:

轉介獸醫資料

RDVM Information

姓名

Name:

診所/醫院名稱

姓 Last

名 First

Clinic/Hospital:

地址

Address:

電話

Phone:

傳真

Fax:

電郵

Email:

主人/動物資料

Client/Patient Information

主人姓名

Client Name: Mr / Mrs / Ms / Miss

掛號証編號:

Client No.

地址

Address:

姓 Last

名 First

手提

Mobile:

住宅電話

Home Phone:

公司電話

Business Phone:

寵物名稱

Patient Name:

種類

Species: Canine / Feline

犬

貓

品種

Breed:

顏色

Colour:

出生日期 / 年齡

Date of Birth / Age:

體重

Weight:

性別: 男 / 女

Sex: Male / Female

已絕育: 是 / 不是

Neutered: Yes / No

轉介給 (醫生)

Referral to Dr. _____

所需服務

for (Service) _____

期望時間

Preferred time: Not Urgent (next avail. appt) /

不急切 (正常預約時間)

急切 (2日內)

Urgent (w/in 2 days) /

緊急 (即日)

Emergent (w/in 1 day)

暫時性的診斷及轉介原因

Provisional diagnosis and reason for referral _____

開始問題日期

Time of onset of problem

診斷至今的總結 (只需要相關細節)

Diagnosis performed to date with results summary (pertinent details only)

至今所進行的治療

Treatment to date

備註:

- 請攜同最近的化驗報告及X光片
- 動物來診時需停食12小時及停止飲水3小時

Remarks:

- Bring copies of previous laboratory reports and radiographs (X-rays).
- Fast your pet, no food for 12hrs and no drinks for 3 hours prior to appointment.

醫生簽名 (蓋印)

Signature by Veterinarian (with chop)