

紹介状

病院情報

動物病院名 : 新潟動物画像診断センター 提携病院ID: _____
IDがある場合、* 欄の情報の記載は不要です。

院長* : 坂大 担当医 : 上月

住所* : 長岡市喜多町427-4

電話* : 0258-86-6623 FAX* : 0258-86-6624

E-mail* : nagaoka@niigata-aic.co.jp

報告方法* : E-mailとFAX 送付とFAX

飼主情報

(フリガナ) タカハシ ダイスケ
飼主名 : 高橋 大介

〒 999-9999
住所 : 新潟市南区青木1-1

電話 : 090-0000-000

動物情報

動物名 : 高橋 ポチ 例:新潟ポチ

動物種 : 犬 猫 性別: 去勢雄
※去勢・避妊も記載

品種 : ミニチュアダックスフンド

年齢 : 1歳 カ月 (2022年 5月 1日 生)

体内金属 : なし マイクロチップ ペースメーカー プレート/ピン ワイヤー

希望内容 : MRI CT 内視鏡 手術 放射線治療 血液検査 X線検査

希望日 : <第1希望> 6月 1日 <第2希望> 6月 3日

症状・経過 BW 5 kg (必ず記載してください)

1か月前より食欲不振と流涎を主訴に来院。他院にて制吐剤を処方されて経過を見ていたが改善がないため、5/15に来院。血液検査を実施したところ、BUNの低値と軽度の高アンモニア血症を認める。超音波検査にて血管走行は不明瞭であったが、小肝症を認める。H2ブロッカーにて3日間内服をみたが改善がなく飼い主が精査を希望したため、CT検査を提案。

現在の処方薬 (薬剤名・用量、過去の処方も記載してください)

ファモチジン0.5mg/kg sid
アポキルをアトピー性皮膚炎として他院から処方されている

血液検査 (実施日: 2023年 5月 18日)

所見をお書きください
BUN5mg/dl
NH3 100mg/dl(食前)

胸部X線検査 (実施日: 年 月 日)

所見をお書きください
未実施

※麻酔前検査として、一般血液検査および胸部X線検査をお願いしています。
一週間以内に実施されていない場合には当院にて再検査を実施させていただきます。