**臺大動物醫院癌症治療中心門診初診預約/轉診單**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **欲掛門診** | **□ 週一 李繼忠醫師** | | **□ 週三 鄭涵勻醫師** | | |  |  |
| **提醒您，就診前需幫動物禁食12小時、禁水3**小時，謝謝！ | | | | | |
| 飼主姓名 |  | | | 聯絡電話 | |  |  |
| 動物姓名 |  | | | 動物性別與結紮狀況 | | 公 / 母  未紮 /已紮 (\_\_歲結紮) |  |
| 種別 | 貓 / 狗 | | | 品種 | |  |  |
| 年紀 |  | | | 體重 | |  |  |
| 轉診醫院： | | 轉診醫師： | | | 聯絡電話： | | |
| 主訴及病史（腫塊位置、大小及狀況） | | | | | | | |
| 過去相關檢驗  [有做過的檢查請勾選，並E-mail或傳真至癌症中心，無法傳送者請於**就診當日提供**]  □血液及血清生化學檢查 □尿檢 □糞檢 □皮毛檢查 □X光 □超音波  □CT電腦斷層 □MRI核磁共振 □內視鏡檢查 □FNA細胞學檢查  □病理切片(若已採樣請務必確認結果出來後再約診)  □其他: | | | | | | | |
| 相關治療史 | | | | | | | |

備註:

1. 1. 如有更詳細的檢驗報告 (如: 血檢報告、X光或超音波部分的圖片)，細胞學的檢查請附照片或是
2. 攜帶玻片；病理部分請附病理報告，[請利用ntuvhonco@gmail.com](mailto:請利用ntuvhonco@gmail.com)傳送或於就診當天帶到醫院。

2. 填寫完畢後，E-mail至ntuvhonco@gmail.com或傳真至3366-3881，癌症中心收到預約單後將

於兩個工作日內電話回覆並安排門診時間，請耐心等候。如造成不便，請見諒．謝謝！