

FAX :

Mail :

紹 介 状

_____ 年 _____ 月 _____ 日

ひがしやま動物病院 御中

動物病院名 _____

住所 _____

TEL / FAX _____ / _____

Mail _____

担当獣医師様氏名 _____

飼い主様氏名	フリガナ		連絡先		
ペット名		生年月日	年	月	日 (歳)
動物種	<input type="checkbox"/> 犬 ・ <input type="checkbox"/> 猫		性別	<input type="checkbox"/> ♂ ・ <input type="checkbox"/> ♀ ・ <input type="checkbox"/> ♀ ・ <input type="checkbox"/> ♀	
品種			毛色		
体重 (kg)		Kg	性格		
(仮)診断					
主症状と経過 (検査・治療等)					
既往歴 及び 使用中の内服					
症例の緊急性	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり (_____)				
報告方法	<input type="checkbox"/> メール (_____) ・ <input type="checkbox"/> 電話 (TEL: _____) * ご希望をお選びください				
特記事項					
添付資料	※レントゲン検査結果などをアップロードしてください				

* 詳細な診療情報・検査結果など追記が必要な場合、用紙を作成し送信していただけますようお願い申し上げます。