

# 紹介状

年 月 日

## 1. 紹介元動物病院情報

|                 |             |
|-----------------|-------------|
| 病院名：            | 担当獣医師名： 獣医師 |
| 住所：             | 連絡可能時間：     |
| 電話番号： ( )       | 病院メールアドレスなど |
| FAX番号： ( )      |             |
| 報告方法：電話 FAX メール |             |

## 2. 患者情報

|           |                        |
|-----------|------------------------|
| 飼主名：      | 動物名： 品種：               |
| 住所：       | 生年月日：西暦 年 月 日 ( 歳 ヶ月)  |
| 電話番号： ( ) | 性別： 雄 雌 去勢 避妊 (手術時 歳令) |

## 3. 症例情報

|                              |
|------------------------------|
| 主な症状                         |
| 診療経過 (初診時の様子より、詳しくお書きください)   |
| 今回の紹介目的： 検査 診断 治療 手術 他希望 ( ) |
| 添付資料 (返却希望があれば、その旨もお書きください)  |