FAX; 045-910-1220　　　Mail; info@jasmine-vet.co.jp

**紹介状**

　　　　　年　　　月　　　日

JASMINEどうぶつ総合医療センター　行き

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 | 犬　　 ・　 　猫 | | | | 品種 |  | |
| 性別 | ♂　・　去勢♂　・　♀　・　避妊♀ | | | | 体重 (kg) |  | |
| 紹介目的 | |  | | | | | |
| (暫定)診断・主症状 | |  | | | | | |
| 既往歴 | |  | | | | | |
| 現在までの経過  （症状・検査・治療） | |  | | | | | |
| 現在の内服 | | ・　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　mg錠）/　　　錠　/1日　　回  ・　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　mg錠）/　　　錠　/1日　　回  ・　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　mg錠）/　　　錠　/1日　　回  ・　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　mg錠）/　　　錠　/1日　　回 | | | | | |
| 肺水腫既往歴 | | あり　・　なし　　＊ありの場合は以下にも記載  　　回数：　　　回　　発症日：　①　　　　　　　②　　　　　　　③　　　　　　　④ | | | | | |
| 症例の緊急性 | | | あり　　・　　なし　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 紹介医診療見学希望 | | | あり　　・　　なし | 紹介医手術見学希望 | | | あり　　・　　なし |
| 報告書送付方法 | | メール　　　　　　・　　　　　　FAX　　　　　　　　＊どちらかお選びください | | | | | |
| 予約日および時刻 | | 年　　　　　　　月　　　　　　　日の　　　午前　・　午後　　　　　　　時から | | | | | |
| 特記事項 | |  | | | | | |

＊詳細な診療情報など追記が必要な場合は、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。