

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 | | | | |
| 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 ・ 要早め対応() | | | |
| 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。