

FAX: 0742-48-4112

紹介状

平成 年 月 日

奈良動物医療センター 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)			
肺水腫の既往歴	あり ・ なし ・ 不明 発症回数(回) 発症日()		
現在の内服			
症例の緊急性	あり ・ なし		
報告書送付方法	メール ・ FAX ・ その他()		
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。