

# 紹介状

アイビー動物クリニック TEL 086-421-3373

FAX 086-421-3228

## 【紹介者様情報】

動物病院名	印	獣医師名
住所	TEL ( ) -	
FAX ( ) -	E-mail	@

## 【紹介動物病院様 記入欄】

令和 年 月 日

患者様情報						
ペット名				飼主様氏名		
動物種	犬	猫	その他 ( )	種類	体重	kg
性別	♂	♀	去勢♂	避妊♀	生年月日	年 月 日 ( 歳)
飼主様ご連絡先	〒	TEL ( ) -		携帯 ( )	-	

傷病名	全身状態
紹介目的	<p>※当てはまる項目にチェックを入れてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 診断と治療</p> <p><input type="checkbox"/> CTまたはMRI検査を含めた画像診断</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ( )</p> <p><input type="checkbox"/> 緊急を要する</p>
既往症	
症状経過及び検査結果	
現在の処方	
添付資料	<p><input type="checkbox"/> X線フィルム 枚 ( 要返却 ・ 返却不要 )</p> <p><input type="checkbox"/> 心電図記録 枚 ( 要返却 ・ 返却不要 )</p> <p><input type="checkbox"/> 別紙詳細添付</p>
	<p><input type="checkbox"/></p>

【来院予定希望日】 ※ご希望の日をいくつかご記入ください。確定後、予約通知書でお知らせ致します。

第一希望	令和 年 月 日	第二希望	令和 年 月 日	備考・その他
第三希望	令和 年 月 日	第四希望	令和 年 月 日	