

紹 介 状

保田動物病院宛
FAX：045-881-3925

年 月 日

紹介元獣医療機関名 _____

所 在 地 _____

電 話 番 号 _____

フ ァ ッ ク ス 番 号 _____

担 当 獣 医 師 名 _____

飼主氏名		様 連絡先 ()	
患者情報	名前 _____	種類 犬 ・ 猫 ・ _____	
	性別 ♂ ・ ♀ ・ ♂ ・ ♀	品種 _____	
	生年月日 _____ 年 月 日	生まれ _____ 歳	
現在までの症状および検査結果、治療経過：			
紹介目的 [<input type="checkbox"/> 診断のみ <input type="checkbox"/> 診断と治療] (診断のみか、診断と治療かどちらかにチェックしてください) ： ※ 診断と治療の場合は現在の処方方を明記してください。			
希望診察日	第一希望	第二希望	
予約日時が決まりましたら、電話か FAX でご連絡しますので ご希望の連絡方法をお選びください。 [<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX]			
備考			

↑ FAX : 045-881-3925 ↑