

紹介状

動物病院名 : _____

担当医名 : _____

住所 : _____

電話番号 : _____ FAX 番号 : _____

E-mail : _____

ご家族名 : _____

住所 : _____

電話番号 : _____ 携帯番号 : _____

動物名 : _____ 体重 : _____ kg

動物種 : 犬 / 猫 品種 : _____

性別 : オス(未去勢/去勢済み) / メス(未避妊/避妊済み)

生年月日 : _____ 年齢 : _____ 歳 _____ カ月齢

体内金属 : なし / マイクロチップ / プレート・ピン

希望内容 : 診察 / MRI 検査 / 電気生理学的検査 / 脳脊髄液検査

治療対応 : 希望する / 相談の上で検討する / 希望しない

症状や経過など

現在の処方内容(種類・薬用量)

診察・検査報告の方法: 電子メール / FAX / 電話連絡

FAXにて当クリニックまでお送りください。

ご協力をありがとうございます。