紹介症例依頼書

貴院名		御担当医	先生
		御連絡先	（　　）

飼い主様・動物情報	世帯主	様		動物名	ちゃん	性別	雄・雌・去勢・避妊
	種	犬 ・ 猫	品種		年齢	西暦　　年　　月　　日 生	
	緊急連絡先	（　　）					
	紹介目的	検査、診断のみ ・ 手術のみ ・ 検査から手術まで ・ その他（　　）					
		疑われる疾患名 御希望の検査、治療を詳しくご記入ください その他ご希望がございましたらご記入ください					
	現在行っている治療・既往歴						

血液検査結果などございましたら、別紙もしくは飼い主様にご持参頂くようお願い致します。

依頼書を送付後はHPをご確認の上、飼い主様に当院に直接ご連絡頂けるようお願い致します。

浜松どうぶつ医療センター
浜松市中区中沢町8−27
FAX：053-475-0404
メールアドレス：kimata1992@icloud.com