

紹介症例依頼書

貴 院 名		ご担当医		先生
		ご連絡先	()	

世 帯 主			動物名		性別	雄・雌・去勢・避妊
			様	ちゃん		
	種	犬・猫	品種		年齢	西暦 年 月 日生
	緊急連絡先		()			
飼 い 主 様 ・ 動 物 情 報	検査、診察のみ ・ 手術のみ ・ 検査から手術まで ・ その他 ()					
	疑われる疾患 ご希望の検査、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、飼い主様から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

浜松市中央区中沢町8-27

FAX : 053-475-0404

メールアドレス : kimata1992@icloud.com