紹　介　状

DVMsどうぶつ医療センター横浜
二次診療センター

紹介病院名	横版は明確に捺印下さい
住所　〒	
TEL　　(　　　　)	FAX　　(　　　　)
e-mail(必須)　　@	
緊急連絡先　　(　　　　)　*受診日が休診の際は必ずご記入下さい	担当医

ご希望科目	☐総合診療外科	☐腎泌尿器科	☐整形外科	
	☐循環器科	☐行動診療科	☐総合診療科	☐皮膚科

診察予定日	年　　月　　日　(　　　)　　:

フリガナ 飼主氏名		動物名	
電話番号		緊急連絡先	
動物種　犬・猫	品種	性別	オス・去勢オス・メス・避妊メス
生年月日（年齢）	(西暦)　年　月　日（　歳　ヶ月）	性格	良・神経質・非協力的
ワクチン	混合　種（　年　月）・狂犬病（　年　月）・無		
フィラリア予防歴	有・無　薬剤名：	ノミ・ダニ予防歴	有・無　薬剤名：
マイクロチップ	有・無　｜　体重　　kg	当センター(ER含む)受診歴	有・無
既往歴			
主訴			

症状・経過（投薬した薬剤などもご記入下さい）

紹介目的　（ご希望の検査・治療内容を具体的にご記入ください）

FAX 送信先 045-620-9317