



紹 介 状

DVMsどうぶつ医療センター横浜
二次診療センター

横版は明確に捺印下さい

紹介病院名			
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	<input type="checkbox"/> 総合診療外科	<input type="checkbox"/> 腎泌尿器科	<input type="checkbox"/> 腫瘍科	<input type="checkbox"/> 皮膚科
	<input type="checkbox"/> 循環器科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 行動診療科	

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記入ください)

↑

FAX送信先 045-620-9317