



# 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

ご希望の診療科	<input type="checkbox"/> 外科 (軟部・腫瘍)	<input type="checkbox"/> 腎泌尿器科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 眼科
	<input type="checkbox"/> 総合診療科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 循環器科	<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ご記入ください)

↑

FAX 送信先 045-620-9317