

紹介状

希望診療科	内科 (<input type="checkbox"/> 腎泌尿器 <input type="checkbox"/> 循環器 <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> 腫瘍内科 <input type="checkbox"/> 一般内科) 外科 (<input type="checkbox"/> 軟部外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 神経科) <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> その他 ()		
希望獣医師名			
希望診療日	第1希望	年 月 日	第2希望 年 月 日

1. 貴病院情報

病院名 住所 TEL/FAX	
担当獣医師名/携帯電話	
メールアドレス	

2. 患者 (患畜) 情報

飼主名		電話番号	
住所			
動物名	動物種	犬・猫	品種
生年月日	年 月 日	体重	kg
性別	オス (去勢: 済・未)		メス (避妊: 済・未)

3. 症例情報

主訴	
現病歴および 現疾患に対す る主な検査 歴・治療歴	年月日・症状・検査結果・治療歴
現在の処方	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診断のみ <input type="checkbox"/> 診断および治療 (ご希望の検査・治療内容を具体的にご記入下さい)
既往歴	
予防歴	混合ワクチン (種/最終 年 月 日) 狂犬病ワクチン 猫白血病ワクチン (種/最終 年 月 日) フィラリア予防 ノミ・ダニ予防

血液検査結果など詳細な資料がございましたら、別紙にてお送りください。

以下は岡山理科大学獣医学部附属獣医学教育病院確認欄

受付担当	担当医	確定連絡者	確定日時
			月 日 時