

# 紹介状

岡山理科大学獣医学部附属獣医学教育病院

診療申込 TEL : 0898-52-9001

FAX : 0898-52-9211

E-mail : vth@vet.ous.ac.jp

希望診療科		希望獣医師名		
希望診察日	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		品種	
生年月日	年 月 日				
性別	オス（去勢： 済 ・ 未 ） ・ メス（避妊： 済 ・ 未 ）				

## 3. 症例情報

主訴	
現病歴及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	診断のみ ・ 治療のみ ・ 診断および治療（いずれかにをつけてください） （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