

# 紹介状

## ① 貴病院情報

紹介病院名	担当医名	
住所 〒 -		
TEL	FAX	MAIL

## ② 患者情報

フリガナ 飼い主様氏名	飼い主様 電話番号	動物名
動物種 犬 猫 品種 ( )	性格 友好的 神経質 攻撃的	
性別 雄 雌 去勢雄 避妊雌	生年月日 ( 歳 か月)	
既往歴		
主訴		
検査、治療歴		
緊急性 有 無		
ご希望の診療内容		
予防歴		
① 狂犬病ワクチン接種 有 無	③ フィラリア予防 有 無	
② 混合ワクチン接種 有 無 (最終接種 年 月)	④ ノミ予防 有 無	

※他に検査結果資料等がございましたら別紙にてお送りください

※貴院時間外の場合の緊急連絡先を差し支えなければお書きください：

FAX : 052-789-1212



あいち動物眼科