茶屋ヶ坂動物病院紹介フォーム（FAX：**052-773-7488**）

本紙をFAXで送信後、飼主様からご予約（検査や診察日程の調整）の電話をお願いします。

**紹介状**

1. 貴院の情報をお答えください。

|  |  |
| --- | --- |
| 貴院名 |  |
| TEL・FAX （市外局番から） | TEL： | FAX： |
| メールアドレス |  |
| 御担当様氏名 |  |

1. 該当に○印を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 診療科 | 循環器科　・　腫瘍科　・　消化器科　・　腎泌尿器科　・　皮膚科 |
| 紹介目的 | 相談　・　検査診断のみ　・　検査診断および治療 （内科・外科） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | ふりがな |  |
| 飼主様氏名 |  | 動物名 |  |
| 動物種 | 犬　・　 猫　・　その他（　　　） | 品　種 |  |
| 年齢（才） |  | 体重（kg） |  |
| T E L |  |
| 重大な既往症アレルギー・手術歴など | なし　・　あり　・　不明 |
| 症状や経過など |  |
| 現在の治療内容 |  |
| 特記事項 |  |

1. 飼主様と動物の情報をお答えください。記載内容は簡素なもので構いません。