

南動物病院グループ

南動物病院 / ベイサイド アニマル クリニック

(希望される病院に○を付けてください)

紹介状

年 月 日

動物病院について記入してください。

動物病院のご名称		ご担当獣医師のお名前	
住所	〒	電話 / FAX 番号	

診察予定日を記入してください。

診察予定日	平成 年 月 日 曜日	診察予定の診療科	外科 内科
-------	-------------	----------	-------

動物の飼主さんについて記入してください。

飼主のお名前		電話 / FAX 番号	
住所	〒		

診察・治療を受ける動物について記入してください。

動物のお名前			
種類	犬 猫	品種	
年齢		生年月日	
性別	♂ ♀	避妊/去勢の有無	済 (時期:) 無

主訴

紹介目的 (精査のみ、もしくは本動物医療センターにて当面の治療を希望されるかについてもご記入下さい)

現症 (初発時の症状、診断に至った経緯、治療経過中の状態、投薬歴、投薬量、薬に対する反応も含め、出来るだけ詳細に記載して下さい。血液検査のデータや画像診断の結果なども添付して下さい。)

南動物病院グループ

南動物病院 / ベイサイド アニマル クリニック
(希望される病院に○を付けてください)

現症 (続き)

ステロイド投与歴 (現症が発症してからのステロイド投与歴、用量、治療に対する反応をご記入下さい。貴院に来院される以前に投薬されていた場合にも記載して下さい。なお「現症」の欄に記載されている場合には省略されても構いません。)

現在の処方内容 (一番最近の投薬期日ならびに薬用量をご記入下さい。点滴等の処置を行っている場合にもご記入下さい。)

備考