

紹介状

すぎき動物病院宛
FAX:087-879-1216

年 月 日

紹介元獣医療機関名 _____

所在地 _____

電話番号 _____

ファックス番号 _____

担当獣医師名 _____

飼主氏名		様 連絡先 ()	
患者情報	名前 _____	種類	犬 ・ 猫 ・ _____
	性別 ♂ ・ ♀ ・ ♂ ・ ♀	品種	_____
	生年月日 _____	年 月 日	生まれ _____ 歳
現在までの症状および検査結果、治療経過：			
紹介目的 <input type="checkbox"/> 診断のみ <input type="checkbox"/> 診断と治療 (診断のみか、診断と治療かどちらかにチェックしてください) ； ※ 診断と治療の場合は現在の処方を書き記してください。			
希望診察日	第一希望	第二希望	
予約日時が決まりましたら、電話かFAXでご連絡しますので ご希望の連絡方法をお選びください。 [<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX]			
備考			

↑ FAX:087-879-1216 ↑