

セントラルシティ動物病院紹介状

TEL:0896-22-3815 , FAX:0896-22-3816, E-mail:c.city.ah@unoanimal.co.jp

年 月 日

1. ご紹介動物病院

病院名		ご担当獣医師名	
住所	〒	電話 /FAX	
		E-mail	

2. 診察予定日

日付	平成 年 月 日	曜日	時頃
----	----------	----	----

3. 症例情報

飼い主様のお名前		電話番号	
住所	〒		

動物名		動物種	犬 ・ 猫
品種		性別	♂ ・ ♀
年齢	歳 ヶ月 (生年月日: 年 月 日)	避妊/去勢の有無	済 ・ 未 (手術実施: 年 月)

主訴	
紹介目的	当院での当面の治療 希望 ・ 不要

既往歴：

症状および経過（初診時の様子、治療経過中の状態、投薬歴とその反応など出来る範囲で記載して下さい。
血液検査のデータや画像診断の結果なども可能な範囲で添付して下さい。）

現在の処方：

ステロイド投与歴（投与時期、期間と用量、投薬に対する反応など：

※ 必ず事前に電話予約（0896-22-3815）をお願い致します。