FAX : 03-3935-8429

Mail : sa-yonezawa@atomah.com

紹介状(診療情報提供書)

年　　　月　　日

アトム動物病院・動物呼吸器病センター　行き

動物病院名

住所

TEL / FAX

Mail

担当獣医師様氏名

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 飼い主様氏名 |  | | | 連絡先 |  |
| ペット名 |  | | | 生年月日 | 年　　　月　　　日 (　　　歳) |
| 動物種 | 犬 | ・ | 猫 | 品種 |  |
| 性別 | ♂(未去勢・去勢済)/♀(未避妊・避妊済) | | | 体重 | kg |
| 紹介目的 |  | | | | |
| (暫定)病名 主症状 |  | | | | |
| 現病歴 |  | | | | |
| 検査所見 |  | | | | |
| 治療経過・ 内服歴 |  | | | | |
| 既往歴 |  | | | | |
| 持参資料 | □X線 □血液 □心エコー □その他( ) | | | | |
| 報告方法 | □メール　 □郵送 □電話 | | | | |
| 特記事項 |  | | | | |