



# 紹介状

紹介病院名	:		横版は明確に捺印ください
住所	: 〒		
Tel	: ( )	FAX:	( )
e-mail	:	@	

緊急連絡先	:	( )	※受信日が休診の際は必ずご記入ください	担当医	:	
-------	---	-----	---------------------	-----	---	--

ご希望科目	<input type="checkbox"/> 画像診断科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 腫瘍科	<input type="checkbox"/> アレルギー科
	<input type="checkbox"/> 呼吸器科	<input type="checkbox"/> 軟部外科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 循環器科	<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 皮膚・耳科	

依頼内容	<input type="checkbox"/> 診断のみ <input type="checkbox"/> 治療のみ <input type="checkbox"/> 診断及び治療 <input type="checkbox"/> 飼い主様に一任 <input type="checkbox"/> その他
	(ご希望の検査・治療内容があれば具体的にご記入ください。)

診察希望日	第1希望	第2希望	第3希望	<input type="checkbox"/> 電話で予約済み
-------	------	------	------	----------------------------------

フリガナ 飼主氏名		電話番号	( )
動物名	動物種	犬・猫	品種
性別	オス・去勢オス・メス・避妊メス	生年月日	年 月 日生( 歳 ヶ月)
体重	kg	マイクロチップ	有・無

■疾患の詳細について

主訴

病歴

症状と経過

現在の治療内容

以下、京都動物医療センター確認欄

受付担当	担当医	確定連絡者	確定日時				
			月 日( ) 時 分				
備考							

