



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	:	()	※受診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"/>	相談して決定
	<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 <small>(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。)</small>							
	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			

