



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"/> 循環器科	<input type="checkbox"/> 軟部外科	<input type="checkbox"/> 眼科
	<input type="checkbox"/> 皮膚・耳科	<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 総合診療科	<input type="checkbox"/> 相談して決定
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記入ください。)</small>			
	診察希望日	第1希望	第2希望	第3希望
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			

