FAX; 076-286-0365　　Mail: kanazawa.amc@outlook.jp

紹　介　状

年　　月　　日

かなざわ動物総合医療センター　　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	フリガナ	連絡先	（　　）
ペット名		生年月日	年　　月　　日（　　歳）
動物種	犬　・　猫	品種	
性 別	♂ ・ 去勢♂ ・ ♀ ・ 避妊♀	体重（kg）	
紹介目的			
(暫定)診断・主症状			
既往歴			
現在までの経過 （症状・検査・治療）			
現在の内服 （記入例） ・ｱｰﾁｽﾄ2.5mg 錠/ 1 錠SID	・　　mg 錠/　　錠 ・　　mg 錠/　　錠 ・　　mg 錠/　　錠 ・　　mg 錠/　　錠		
肺水腫既往歴	あり ・ なし　＊ありの場合は以下にも記載 回数:　　回 発症日: ①　　②　　③　　④		
症例の緊急性	あり ・ なし ・要早め対応(　　)		
紹介医診療見学希望	あり ・ なし	紹介医手術見学希望	あり ・ なし
報告書送付方法	メール　・　FAX　＊どちらかお選びください		
予約日および時刻	年　　月　　日の　午前 ・ 午後　　時から		
特記事項			

＊詳細な診療情報など追記が必要な場合は、用紙を作成し送信していただけますようお願い申し上げます。