



りんごの樹動物病院  
FAX 0566-79-2250  
MAIL informed@2211.cc

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

## 紹介フォーム

希望診療科 皮膚科 関口麻衣子 先生

腫瘍科 原田慶 先生

エキゾチック科 霍野晋吉 先生

眼科 滝山直昭 先生

循環器科 見上英樹 先生

内視鏡外科 近藤元紀 当院院長

画像診断科 嶋崎等 先生

### 症例情報

主訴 \_\_\_\_\_

飼い主氏名 \_\_\_\_\_

お電話番号 \_\_\_\_\_

ご住所 \_\_\_\_\_

ペット名 \_\_\_\_\_

動物種 \_\_\_\_\_

品種 \_\_\_\_\_

年齢 歳 ( \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日生 )

性別 ♂ ♀ 去勢♂ 避妊♀

体重 kg ( BCS / / ) \_\_\_\_\_

臨床検査、治療経過  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

※検査結果など詳細な資料がございましたら、別紙にて送付ください

現在の投薬内容  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

既往歴  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

予防歴 混合ワクチン 最終接種歴 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

狂犬病ワクチン 最終接種歴 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

フィラリア

ノミ・マダニ

### 貴院様情報

貴院名 \_\_\_\_\_

担当医様 \_\_\_\_\_

ご連絡先 \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

ご住所 \_\_\_\_\_

MAIL \_\_\_\_\_

紹介状をFAXもしくはMAILにてお送り頂きましたら、当院より貴院担当医様へ診察日時の確認のご連絡を差し上げます。  
3日以上折り返しのない場合はお手数ですが、お電話にてお問合せください。