



りんごの樹動物病院  
 FAX 0566-79-2250  
 MAIL vet@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 (CT検査) 戸島篤史 先生
- 輸血希望 加藤奈央、今富明佳 当院勤務医

**当院へ希望すること**

- 診断まで
- 診断・治療両方
- 当院に一任

**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 種 \_\_\_\_\_ 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、当院より飼い主様へ診察日時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。