



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 (CT検査希望)
  - 輸血希望 加藤奈央・今富明佳 当院獣医師

当院に希望すること  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 \_\_\_\_ 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。