

紹 介 状

_____年 ____月 ____日

くまちゃん動物病院 御中

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	<input type="checkbox"/> 犬	<input type="checkbox"/> 猫	<input type="checkbox"/> その他()	性別	<input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀	<input type="checkbox"/> 避妊去勢 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
品種			毛色			
体重 (kg)	kg		性格			
(仮)診断						
主症状と経過 <small>(検査・治療(注射や内服)等)</small>						
既往歴 及び 使用中の内服						
症例の緊急性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()						
撮影内容 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 造影有無						
報告書送付方法 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> FAX *どちらかお選びください <input type="checkbox"/> CD-R希望						
希望予約日 第一希望() 第二希望() 第三希望() <small>※ご希望に添えない場合があります。予約確定後、折り返し連絡させていただきます。</small>						
特記事項						

* 詳細な診療情報・検査結果など追記が必要な場合、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。