

紹 介 状

_____年 _____月 _____日

くまちゃん動物病院内新潟どうぶつ眼科センター 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"/> 避妊去勢有無	
品種		毛色		
体重 (kg)		Kg	性格	
(仮)診断				
主症状と経過 <small>(検査・治療(点眼や内服)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 ()		
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		
希望予約日		第一希望 <input type="checkbox"/> 午前 ・ <input type="checkbox"/> 午後 第二希望 <input type="checkbox"/> 午前 ・ <input type="checkbox"/> 午後 第三希望 <input type="checkbox"/> 午前 ・ <input type="checkbox"/> 午後 <small>※ご希望に添えない場合があります。予約確定後、折り返し連絡致します。</small>		
小林一郎先生の 診察		<input type="checkbox"/> 希望する ・ <input type="checkbox"/> どちらでもよい(院長にて診察後、判断いたします)		
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。