

# 紹介状

平成 年 月 日

<b>ご希望診療科</b> (いずれかに○をお付けください)	1. 皮膚科	2. 外科	3. 腫瘍科	4. 循環器科
-----------------------------------	--------	-------	--------	---------

ご希望診察日:

注:腫瘍科は毎週木曜日診察  
循環器科はTelにてご確認ください

## ご紹介動物病院様情報

病院名	病院長名
住所	担当獣医師名
TEL	FAX

## 患者様情報

飼主名	動物名	性別
住所	種類	品種
TEL	生年月日	年齢

## 症例情報

主訴
診断および治療経過
現在の内服
紹介目的 診断                      治療                      手術
* 特にご希望される内容がございましたらお書きください
添付資料等
* さらに詳しい資料がございましたら別紙にてお送りください

特記事項
------