

## 紹介状

お手数ですがわかる範囲でご記入お願いいたします。

滝沢犬猫鳥の病院

|                 |           |           |                |
|-----------------|-----------|-----------|----------------|
| 1. 紹介いただく病院様の情報 |           |           |                |
| 病院名             | _____     |           | (ご担当 _____ 先生) |
| ご連絡先            | TEL _____ | FAX _____ | E-MAIL _____   |
| 休診日             | _____ 曜日  |           |                |
| 診療時間            | 午前 _____  | ~         | 午後 _____       |

|                 |   |       |    |
|-----------------|---|-------|----|
| 2. 飼い主様・動物さんの情報 |   |       |    |
| (1) 飼い主様のご氏名    | _____ ペット名 _____                                |       |    |
| (2) 飼い主様のご連絡先   | _____   |       |    |
|                 | *できるだけ来院日に連絡のつく携帯番号をお願いいたします                    |       |    |
| (3) 動物種         | ウサギ・フェレット・ハムスター・鳥 (種類 _____)                    |       |    |
|                 | その他 ( _____ )                                   |       |    |
| (4) 生年月日        | 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 ( _____ 歳 _____ カ月) |       |    |
|                 | 雄・去勢雄   | 雌・避妊雌 | 不明 |

|               |
|---------------|
| 3. おもな症状・検査結果 |
|---------------|

|                      |
|----------------------|
| 4. 大まかな治療内容とそれに対する反応 |
|----------------------|

|                                      |
|--------------------------------------|
| 5. 来院予定日 _____ 月 _____ 日 _____ 午前・午後 |
| 木曜・祝日・日曜午後は休診となります                   |
| 初診受付は午前11時まで、午後は6時までとなりますのでご注意ください   |
| ぎりぎりになる場合は飼い主様からご連絡をいただければ幸いです。      |

|  |
|--|
| 6. オーナー様のご希望、希望される検査・治療、既往歴などがありましたらご記入お願いいたします。 |
|--|

\*今までの検査結果などを可能でしたら飼い主様にご持参いただけますと助かります

FAX048-652-2779