

1. 貴院情報

貴院名:

担当医名:

住所:

TEL:

FAX:

E-MAIL:

休診日:

2. 患者情報

飼い主名:

ペット名:

住所:

TEL:

動物種: 犬・猫 (品種:)

生年月日: 年 月 日 (才)

性別: ♂ 去勢♂ ♀ 避妊♀

※後日お電話にて診察のご報告をさせていただきます。

3. 紹介内容

主訴:

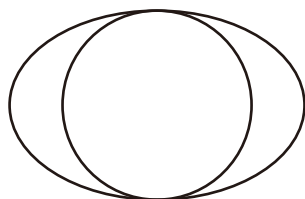
疑われる疾患:

現在の処方:

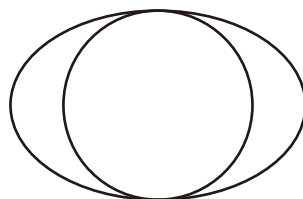
紹介目的: 診断のみ ・ 診断および治療 (ご希望の検査等:)

現疾患に対する主な検査歴・治療歴 (いつから、どのように)

右



左



※血液検査結果や追加事項は別紙を添付してください。

※以下のことを飼い主様にお伝えして頂きますよう、お願い致します。

- ・当院の眼科診療は予約制のため、事前にお電話で予約をとって頂いてからお越しください。
- ・現在処方されている薬(外用薬・内用薬)、検査結果などがありましたらご持参ください。