

北里大学獣医学部附属動物病院



紹介状

◆診療申込 FAX 番号: 0176-22-3057

小動物診療センター TEL: 0176-24-9436

大動物診療センター TEL: 0176-24-9368

希望診療科	小動物診療科		希望獣医師名	
	大動物診療科		希望獣医師名	
希望診察日	第1希望	年	月	日
	第2希望	年	月	日

1. 貴病院情報

病院名 住所 TEL/FAX			
担当医名/緊急連絡先		休診日	
メールアドレス			

2. 患者(患畜)情報

飼主名		電話番号	
住所			
患者(患畜)名	動物種	品	種
個体情報番号 (牛)	体重	kg	年 齢
性別	雄・雌・去勢・避妊	マイクロチップ	あり なし

3. 症例情報

主 訴	
疑われる疾患名	
現病歴および現疾患に対する主な検査歴・治療暦	
年月日・症状・検査結果・治療暦	
現在の処方	
紹介目的	診断のみ・治療のみ・診断および治療 (いずれかに○をつけてください) (ご希望の検査・治療内容を具体的にご記入下さい)
既往歴	
予 防 歴	混合ワクチン (種/最終 年 月 日) 狂犬病ワクチン 猫白血病ウイルスワクチン (種/最終 年 月 日) フィラリア予防 ノミ予防

血液検査結果など詳細な資料がございましたら、別紙にてお送りください。

以下は北里大学獣医学部附属動物病院確認欄

受付担当	担当医	確定連絡者	確定日時	月	日	時
------	-----	-------	------	---	---	---