



# 紹介状

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	令和 年 月 日	第2希望	令和 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	歳 カ月
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					
感染の関与	(関与している疑いのある病原体(耐性菌含む)があれば具体的にご記入ください)				
現在の処方					
紹介目的	(ご希望の検査・治療内容を具体的にご記入ください)				
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
------	-----	-------	------	-------