

紹介状

■紹介病院について

貴院名：	担当医：
TEL：	FAX：

■オーナー様について

飼い主名：	TEL：
住所：	

■ペットについて

名前：	性別
生年月日： 年 月 日	品種：
体重： kg	飼育形態： 室内 ・ 屋外
既往歴：	

■病状について

診断名：	左目 ・ 右目
症状をできるだけ詳しくご記入ください。(主訴・時期・経過・治療内容等)	
内服薬 (薬品名と服用頻度)	点眼薬 (薬品名と使用頻度)

※血液検査の結果は別途添付をお願い致します。

くにたち動物病院 FAX : 042-580-4167