紹介状

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　 動物病院名

住所

TEL / FAX

メール

担当獣医師名

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 飼い主様名 |  | | TEL | ( ) | |
|  | | 住所 |  | |
| ペット名 |  | | 生年月日 | 年　　 月　　 日　（　　　　歳） | |
| 動物種 | □犬　　　　　□猫 | | 体重 |  | |
| 品種 |  | | 性別 | オス（□去勢済）　　メス（□避妊済） | |
| 紹介目的 | |  | | | |
| 依頼内容 | | □診断（精査・鑑別）のみ　　□治療までの総合診療　　□その他(　　　　　　　　　　　　) | | | |
| 主訴 | | □心雑音　　□咳　　□元気消失・運動不耐　　□食欲不振　　□呼吸困難  □失神・ふらつき　　□後肢麻痺　　　□肺水腫　　　□四肢麻痺  □胸水　　□心嚢水　　□腹水  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 肺水腫歴 | | あり（　　　　　年　　　　月　　　　日　）　・　　なし | | | |
| 既往歴 | |  | | | |
| 現在までの経過  (症状・検査・治療） | |  | | | |
| 現在の内服 | | ※mg/kgでご記入ください。 | | | |
| 症例の緊急性 | | あり　　　・　　　なし（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | | | |
| 予約日および時刻 | | 年　　　月　　　日　　　9・10・11　/　16・17・18　時　　　00・30　分 | | | |
| 検査内容の報告 | | 初回のみ　・　必要に応じて　・　毎回　・　なし | | | メール　・　FAX　・　電話 |