

紹介状

年 月 日



荻窪桃井どうぶつ病院
OGIKUBO MOMOI ANIMAL HOSPITAL



S-VCC 杉並動物循環器クリニック
SUGINAMI VETERINARY CARDIOLOGY CLINIC

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	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫	体重	
品種		性別	オス (<input type="checkbox"/> 去勢済) メス (<input type="checkbox"/> 避妊済)
紹介目的			
依頼内容	<input type="checkbox"/> 診断 (精査・鑑別) のみ <input type="checkbox"/> 治療までの総合診療 <input type="checkbox"/> その他()		
主訴	<input type="checkbox"/> 心雑音 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 元気消失・運動不耐 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 失神・ふらつき <input type="checkbox"/> 後肢麻痺 <input type="checkbox"/> 肺水腫 <input type="checkbox"/> 四肢麻痺 <input type="checkbox"/> 胸水 <input type="checkbox"/> 心嚢水 <input type="checkbox"/> 腹水 <input type="checkbox"/> 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