FAX ： 03-3935-8429

Mail ： sa-yonezawa@atomah.com

# 紹介状(診療情報提供書)

年　　月　　日

アトム動物病院・動物呼吸器病センター　行き

動物病院名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

TEL / FAX ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

Mail ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担当獣医師様氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

| | | | |
|---|---|---|---|
| 飼い主様氏名 | | 連絡先 | |
| ペット名 | | 生年月日 | 年　月　日　(　歳) |
| 動物種 | 犬　・　猫 | 品種 | |
| 性別 | ♂(未去勢・去勢済)/♀(未避妊・避妊済) | 体重 | kg |
| 紹介目的 | | | |
| (暫定)病名<br>主症状 | | | |
| 現病歴 | | | |
| 検査所見 | | | |
| 治療経過・<br>内服歴 | | | |
| 既往歴 | | | |
| 持参資料 | □X 線　□血液　□心エコー　□その他(　) | | |
| 報告方法 | □メール　□郵送　□電話 | | |
| 特記事項 | | | |