

# 紹介状

高知動物医療センター 高知市朝倉甲 142-1

TEL : 088-840-7741 FAX : 088-840-7612

E-mail : alicepc@fuga.ocn.ne.jp

年 月 日

※お申し込み(FAX・E-mail)の際には当センター受付係にお電話で送った旨のご連絡をください

診療時間 無休(年末年始除く) 9:00~11:30 15:00~17:30

## 1. ご紹介動物病院

病院名		ご担当獣医師名	
住所	〒	TEL	
		FAX	
		メールアドレス	

## 2. 診察予定日

日付	年	月	日	曜日	時頃
----	---	---	---	----	----

## 3. 症例情報

飼い主様のお名前		電話番号	
住所	〒		

動物名		動物種	犬 ・ 猫
品種		体重	Kg
年齢	歳 ヶ月 (生年月日: 年 月 日)	性別	雄(去勢 済・未) 雌(避妊 済・未)

主訴			
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診断のみ <input type="checkbox"/> 診断および治療 (治療後詳細を添付して飼い主様を貴院にお返しします)		
予防歴	混合ワクチン 種 年 月 日 狂犬病ワクチン 年 月 日 フィラリア予防 済 未 ノミダニ予防 済 未		