

# 耳科・皮膚科 專門診療 紹介状(皮膚科)

送付先 FAX:058-325-8071 または当院ホームページ紹介状アップロード用リンク

記入日:\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

## 1. 紹介元病院様の情報

病院名 : \_\_\_\_\_ 病院電話番号 : \_\_\_\_\_  
担当獣医師名 : \_\_\_\_\_ 報告用メールアドレス : \_\_\_\_\_

## 2. 患者情報

|                   |   |
|-------------------|---|
| 飼い主氏名: _____      | 動物名: _____  |
| 飼い主連絡先: _____     | 動物種: <input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫 品種: _____  |
| ※携帯番号推奨(予約調整時に使用) | 生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日   |
|                   | 性別: <input type="checkbox"/> 未去勢雄 <input type="checkbox"/> 去勢雄 <input type="checkbox"/> 未避妊雌 <input type="checkbox"/> 避妊雌 |

### 3. 疾患に関する情報

紹介状の送付後に、飼い主様から直接当院へご予約頂くようご案内下さい。

どちらの病院様からの紹介かを当院へ教えて頂くようお伝えをお願いいたします。