

耳科・皮膚科 専門診療 紹介状(耳科)

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: ☐ 犬 ☐ 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: ☐ 未去勢雄 ☐ 去勢雄 ☐ 未避妊雌 ☐ 避妊雌

3. 疾患に関する情報

現病歴(発症時期、罹患耳、症状、検査歴、治療歴など): _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
その他ご要望、既往歴などお伝え事項: _____ _____ _____ _____
送付資料: ☐ あり ☐ なし ※検査情報など添付資料は FAX またはアップロードリンクへ同時に送付して下さい。

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願いいたします。