

紹介状

ご記入日： 年 月 日



病院様名：

ご住所：

TEL：

FAX：

E-mail：

ご担当獣医師氏名：

患者様情報

飼い主様 氏名	フリガナ	飼い主様 連絡先	〒 TEL:
ペット お名前		ペット 生年月日	年 月 日 (歳 ヶ月)
動物種	犬 ・ 猫	品種	
性別	♂ ・ 去勢♂ ・ ♀ ・ 避妊♀	体重	Kg
ご紹介の目的	診断 ・ 治療 ・ セカンドオピニオン その他 ()		
既往・経過	別送データ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <small>※CTやMRI、レントゲン、エコーなどの画像データをご提供いただく場合は、 飼い主さまにお渡しいただくか、データ共有サービス（ギガファイルなど）をご利用ください。</small>		
ご報告の方法	電話 ・ メール ・ FAX		

FAX 送信先：動物医療センター元麻布

FAX 03-6384-5352

メールの場合は上記の内容を amc.motoazabu@gmail.com までご連絡ください。

紹介状

(2 ページ目)

病院様名： _____

ペット お名前	
既往・経過	<p data-bbox="1283 624 1453 689">別送データ <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p data-bbox="347 1854 1246 1915">※CTやMRI、レントゲン、エコーなどの画像データをご提供いただく場合は、 飼い主さまにお渡しいただくか、データ共有サービス（ギガファイルなど）をご利用ください。</p>

FAX 送信先：動物医療センター元麻布

FAX 03-6384-5352

メールの場合は上記の内容を amc.motoazabu@gmail.com までご連絡ください。