

※二次診療を必要とする飼い主様をご紹介いただける場合は、こちらをご送付ください。

紹介日： 年 月 日

# 紹 介 状

FAX番号：011-386-0880

酪農学園大学附属動物医療センター

〒069-8501 江別市文京台緑町582 / TEL：011-386-1213

希望診療科 (該当科に○)	内科・外科・循環器科・神経科・腫瘍科・眼科 リハビリテーション科・画像診断科・( )
------------------	---

希望日時 (該当に○)	・ 月 日 ( ) 時 分 ・いつでも ・予約済み
----------------	---------------------------------

希望検査・ 手術・処置等	
-----------------	--

飼い主様情報	飼い主様氏名		ペット名	
	現住所	〒	品 種	
	電 話	— —	性 別	♂ ・ ♀
			生年月日	年 月 日 ( 才 )

処置情報・ 検査情報	実施済み検査事項		検査日： 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> X線検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )		< 血液検査 >
	異常所見：		WBC：
			RBC：
			HCT：
			< 血液生化学検査 >
			GPT：
			GOT：
	症状及び経過：		ALP：
			BUN：
		CRE：	
		TP：	
		ALB：	
		Na：	
		K：	
		Cl：	
		その他：	
※血液検査の経過および治療内容（使用薬剤、用量、用法） については、別紙で添付願います。			

貴院情報	病院名	
	病院住所	〒
	担当医名	
	電 話	— —
	F A X	— —
	メールアドレス	@