

紹介状（診療情報提供書）

年 月 日

アイ動物医療センター / アイ動物医療センターつくば
殿

紹介元動物病院

所在地

TEL/FAX

担当獣医師

飼い主名			ペット名	
品種		生年月日	年 月 日(才)	
性別	♂（未去勢／去勢済）・♀（未避妊／避妊済）			
紹介目的	<input type="checkbox"/> 検査のみ <input type="checkbox"/> 検査/治療 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 特殊検査 内視鏡/CT/MRI <input type="checkbox"/> 電気生理学的検査 <input type="checkbox"/> 循環器 <input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> その他			
依頼内容				
病名（主訴）				
既往歴				
現病歴 治療経過 検査所見				
現在の処方				
持参資料	<input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 検査記録 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> その他（ ）			