

紹 介 状

_____年 ____月 ____日

動物病院名 _____

住所 _____

TEL / FAX _____

Mail _____

担当獣医師様氏名 _____

飼い主様氏名	フリガナ _____	飼い主様 連絡先	〒 _____ TEL: _____
ペット名	_____	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			
ご報告の方法	電話 ・ メール ・ FAX		

検査結果、CD、DVD 等は飼い主様にお預けください。