電話

2-1-3 Kimachidori, Aoba-ku, Sendai-shi, Miyagi-ken, JAPAN, 980-0801

紹介状



| 紹介状作成日 | : | 年 | 月 | 日 | |
|----------------------|--------|-------|---|---|---|
| 診療希望日(3つまで記載可) | 1 | 年 | 月 | 日 | |
| | 2 | 年 | 月 | 日 | |
| | 3 | 年 | 月 | 日 | |
| 貴院情報 | | | | | |
| 貴院名 : | | | | | |
| ご担当の先生(フルネーム): | | | | | |
| E-mail : | | | | | |
| 住所 : | | | | | |
| 電話番号 : | | | | | |
| 患者情報 | | | | | |
| 飼い主名(ペット名) : | | | (| |) |
| 住所、電話番号 : | | | | | |
| : | :(TEL) | | | | |
| 動物種 : | | | | | |
| 種類・毛色 : | | | | | |
| 生年月日 : | | | | | |
| 性別 : | | | | | |
| 遊妊手術・去勢手術の有無 : | | | | | |
| 体重 : | | | | | |
| | | | | | |
| 混合ワクチン接種最終年月日: | | | | | |
| | | | | | |
| ・ | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| <u> </u> | | | | | |
| 症状は初発?再発? | | | | | |
| 現在の治療薬(眼科)は? : _ | | | | | |
| 現在の治療薬(眼科以外)は?: | | | | | |
| その他何かあればご記入ください。: | | | | | |
| | | ٠, ١ | | | |
| ❖ 報告方法について(いずれか1つを○' | で囲んでト | G (1) | | | |

郵送

E-mail