



帯広畜産大学
動物医療センター
(伴侶動物診療科)

紹介状

TEL: 0155-49-5683
FAX: 0155-49-5685
Mail: hospital@obihiro.ac.jp

希望診療科	外科 (水・木) <input type="checkbox"/> 内科 (月・水・金) <input type="checkbox"/> 循環器内科 (水・木) <input type="checkbox"/>
紹介目的 (希望内容等、具体的希望があれば ご記入お願いします)	診断のみ <input type="checkbox"/> 治療のみ <input type="checkbox"/> 診断及び治療 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> () *麻酔下検査は原則後日となりますことご了承願います
診療希望日 *飼主様から大学へ直接ご予約 のお電話が入る予定の際には、 左の□にチェックをお願いいた <input type="checkbox"/> します。	希望なし <input type="checkbox"/> 最短日 <input type="checkbox"/> 具体的な診療希望日 (希望日時・曜日等、ご記入ください) <input type="checkbox"/> 第1希望 <input type="checkbox"/> 第2希望 <input type="checkbox"/> 第3希望 () () ()

飼主名	動物名	動物種	品種
連絡先(自宅)	性別 <input type="checkbox"/> 未去勢♂ <input type="checkbox"/> 去勢済♂ <input type="checkbox"/> 未避妊♀ <input type="checkbox"/> 避妊済♀		
(携帯)	年齢	歳	カ月齢

*現在の主な症状・検査所見・紹介目的 等

*経過 (大まかな治療内容・処方薬剤 および 治療効果 等)

ご紹介病院情報	
病院名	TEL
担当医	FAX
紹介状作成日	年 月 日 Mail

*内容を確認後、ご予約可能な日付を貴院にメールまたはFAXでご連絡差し上げます。



帯広畜産大学
動物医療センター
(伴侶動物診療科)

紹介状

(経過続き)

飼主名	動物名
病院名	担当医

～経過等の続き～