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 □　内科 □　腫瘍科 □　循環器科 □　画像診断科 □
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 □　治療のみ □　診断及び治療 □　手術 □　その他 □ （　　） 画像診断科 以外は麻酔下検査が後日となることがあります。
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します。 □	希望なし □　最短日 □ 具体的な診療希望日（希望日時・曜日等、ご記入ください） □ 第1希望（　　）第2希望（　　）第3希望（　　）

飼主名		動物名	動物種　品種
連絡先(自宅)		性別	□ 未去勢♂　□ 去勢済♂　□ 未避妊♀　□ 避妊済♀
（携帯）		年齢	歳　カ月齢　体重　kg

＊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。