**診療情報提供書**

記載年月日　令和　　年　　月　　日

貴動物病院

医療機関名：

郵便番号：

住所：

TEL:

FAX:

Mail:

担当獣医師名

**青葉どうぶつ医療センター**

**〒227-0034**

**神奈川県横浜市青葉区桂台1-2-10**

**TEL：045-500-9033**

**FAX：045-500-9044**

**Mail：aobaamc@gmail.com**

|  |  |
| --- | --- |
| 飼い主名:  電話番号: | |
| 〒  住所: | |
| 動物名 | 動 物 種 犬・猫 　　　品種( ) |
| 年齢 | 歳(生年月日 年 月 日) 性 別 雄・雌・去勢・避妊 |
| 予防歴 | 狂犬病ワクチン ( 有 ・ 無 ) 、混合ワクチン ( 有 ・ 無 ) 、フィラリア予防 ( 有 ・ 無 ) |

|  |  |
| --- | --- |
| 診 断 名 |  |
| 紹介目的 |  |
| 病　 歴  及び  治療経過 |  |
| 現在の処方 |  |

1. 紹介先行□　②貴院控え□　　　　　　□

備考　1、必要がある場合は続紙に記載して添付

　　　2、必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付