

診療情報提供書

記載年月日 令和 年 月 日

青葉どうぶつ医療センター

貴動物病院

〒227-0034

医療機関名：

神奈川県横浜市青葉区桂台 1-2-10

郵便番号：

TEL：045-500-9033

住所：

FAX：045-500-9044

TEL:

Mail：aobaamc@gmail.com

FAX:

Mail:

担当獣医師名

| | |
|----------|---------------------------------------|
| 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 | |

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

① 紹介先行 ② 貴院控え