診療情報提供書

記載年月日　　　　年　　月　　日

青葉どうぶつ医療センター　　　 　　　　　　　　 　 医療機関名：

〒227-0034　神奈川県横浜市青葉区桂台1-2-10 　　住所：

TEL：045-500-9033　　　　　　　　　　　　 　　 TEL：

FAX：045-500-9044　　　　　　　　 　　　　 　　　　 　FAX：

Mail：[aobaamc@gmail.com](mailto:aobaamc@gmail.com)　 Mail：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 担当医：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  飼い主様名 |  | 動物名 | ちゃん |
| 電話番号 |  | 住所 | 〒 |
| 動物種 | 犬　 ・　 猫 | 品種 |  |
| 年齢 | 歳 　　　　ヵ月齢  ( 生年月日：　　　年　　　月　　　日 ) | 性別 | 雄 ・ 雌　　　　去勢 ・ 避妊 |
| 予防歴 | 狂犬病 ( 有 ・ 無 )　　　　　　混合ワクチン ( 有 ・ 無 )　　　　　　フィラリア ( 有 ・ 無 ) | | |
| 既往歴 |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 診断名(主訴) |  |
| 現病歴  及び  治療歴 |  |
| 現在の処方 |  |
| 備考 |  |
| 紹介目的 | 診断のみ　　　　　　　　　　　治療のみ　　　　　　　　　　診断および治療 |

貴院での診断および治療を尊重したうえで引き続き診療に当たらせていただき、経過報告は必ず送らせて頂きます。

