

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

〒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

医療機関名 :

住所 :

TEL :

FAX :

Mail :

担当医 :

フリガナ 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 ヲ月齡 (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。



青葉どうぶつ医療センター

AOBA Animal Medical Center