

紹介状

ご記入日： 年 月 日



病院様名：

ご住所：

TEL：

FAX：

E-mail：

ご担当獣医師氏名：

患者様情報

飼い主様 氏名	フリガナ	飼い主様 連絡先	〒 TEL:
ペット お名前		ペット 生年月日	年 月 日 (歳 ヶ月)
動物種	犬 ・ 猫	品種	
性別	♂ ・ 去勢♂ ・ ♀ ・ 避妊♀	体重	Kg
ご紹介の目的	診断 ・ 治療 ・ セカンドオピニオン その他 ()		
既往・経過	別送データ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※CTやMRI、レントゲン、エコーなどの画像データをご提供いただく場合は、 飼い主さまにお渡しいただくか、データ共有サービス（ギガファイルなど）をご利用ください。		
ご報告の方法	電話 ・ メール ・ FAX		

FAX送信先：小滝橋動物病院 新目白通り第2高度医療センター

FAX 03-5958-5511

メールの場合は上記の内容を shinmejirotakibashi_mri@yahoo.co.jp までご連絡ください。

紹介状

(2 ページ目)

病院様名：

ペット お名前	
既往・経過	<p data-bbox="1283 593 1455 658">別送データ <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p data-bbox="349 1823 1246 1883">※CTやMRI、レントゲン、エコーなどの画像データをご提供いただく場合は、 飼い主さまにお渡しいただくか、データ共有サービス（ギガファイルなど）をご利用ください。</p>

FAX 送信先：小滝橋動物病院 新目白通り第2 高度医療センター

FAX 03-5958-5511

メールの場合は上記の内容を shinmejirotakibashi_mri@yahoo.co.jp までご連絡ください。