

紹介状

年 月 日

岩手大学獣医学部附属動物病院 FAX : 019-621-6239

希望診療科：伴侶動物診療科(内科・外科・しつけ相談), 産業動物診療科(産業動物内科・臨床繁殖科・専門外来診療科(胚移植科)・生産獣医療科) (○をつけて下さい)

希望獣医師名： 希望診察日： 年 月 日

ふりがな：	住所：〒		
飼主名：	電話：		
動物名号：	動物種：	品種：	
性別：♀・♂・不妊処置	生年月日：	年 月 日	(歳)

紹介目的	診断のみ ・ 治療のみ ・ 診断および治療 ・ 手術 (いずれかに○をつけて下さい)
	(ご希望の検査・治療内容を具体的にご記入ください)
・ 主な症状や検査所見など ・ 経過 (大まかな治療内容および治療に対する反応性) ・ 現在の処方 (薬剤名および用量・投与経路・処方期間など)	

病院名			
住所			
電話番号		FAX 番号	
担当医名		休 診 日	
メールアドレス	@		

以下、岩手大学動物病院確認欄

受付担当： 受付日： 確定日時： 月 日 時