

紹介状

年 月 日

岩手大学農学部附属動物病院 FAX : 019-621-6239

希望診療科：伴侶動物診療科(内科・外科), 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

飼主名：	住所：
	電話：
動物名号：	動物種：
性別：♀・♂・不妊処置	品種：
生年月日(年齢)：西暦 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