

## 診療情報提供書/紹介状

### 1. 貴病院情報

- i. 紹介病院名； \_\_\_\_\_  
ii. ご担当の先生； \_\_\_\_\_ 先生  
iii. 住所； 〒 \_\_\_\_\_  
iv. TEL ( ) \_\_\_\_\_ FAX ( ) \_\_\_\_\_

### 2. 患者情報

- i. 飼い主さま氏名； \_\_\_\_\_  
ii. 動物名； \_\_\_\_\_  
iii. 生年月日； \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月)  
iv. 種類； 犬 / 猫 品種 \_\_\_\_\_  
v. 既往歴 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 3. ご紹介内容 (眼科・循環器科・画像診断・その他)

i. 主訴； \_\_\_\_\_

ii. 検査/治療経過 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

iii. ご希望診療内容

診断のみ・診断および治療・飼い主さまのご意向による

iv. 報告形式

TEL・FAX・E-mail ( \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ )・報告不要