

# 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：市ヶ谷動物医療センター

**FAX 03-3269-1293**

メールの場合は上記の内容を [ichigaya\\_a.h@outlook.jp](mailto:ichigaya_a.h@outlook.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 624 1455 689">別送データ <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p data-bbox="347 1854 1248 1915">※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：市ヶ谷動物医療センター

**FAX 03-3269-1293**

メールの場合は上記の内容を [ichigaya\\_a.h@outlook.jp](mailto:ichigaya_a.h@outlook.jp) までご連絡ください。