

紹介状

年 月 日

村山動物病院 宛

紹介元病院

動物病院名		担当獣医師名	
所在地			
電話番号		FAX 番号	

飼主様氏名		電話番号	
ペット名前		種類	犬 ・ 猫
性別	♂ ・ ♀ (去勢 ・ 避妊)	血統	
生年月日	年 月 日 (歳)		
初診時の主訴			
貴院で行われた検査と日時	※検査結果のコピー、X線フィルム等を持参頂ければ幸いです。		
紹介の目的	※診断・治療・その他をご記入ください。		
患者さんの既往歴			
使用薬剤と期間、治療経過			
特記事項			

村山動物病院

〒216-0012 神奈川県川崎市宮前区水沢 2-3-11

TEL. 044-977-8829

ホームページ: <http://www.murayama-ah.com>