患者様ご紹介ファックス用紙 　　　　　ぎふ動物クリニック FAX 058-214-3640

貴院情報

|  |  |
| --- | --- |
| 貴院名 | 担当獣医師名 |
| メールアドレス  （診察結果の報告先） | |
| TEL 番号 | FAX 番号 |
| 病院住所 | |

飼い主様情報

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 飼主名 |  |

症例情報

|  |  |
| --- | --- |
| 名前 | 生年月日　　 　　　年　　 月　　 日（ 　　歳） |
| 動物種 　イヌ・ネコ | 品種 |
| 性別 オス ・ メス | 不妊手術 している ・ していない ・ 不明 |

症例のこれまでの経過と使用薬剤

|  |
| --- |
|  |