

山口大学動物医療センター紹介状

年 月 日

1. ご紹介動物病院

病院名			ご担当獣医師名	
住所	〒		電話 /FAX	
			E-mail	

2. 診察予定日

日付	令和	年	月	日	曜日	診察予定の診療科	外科	内科
----	----	---	---	---	----	----------	----	----

3. 症例情報

飼い主様のお名前			電話番号	
住所	〒			

動物名			動物種	犬 ・ 猫
品種			性別	♂ ・ ♀
年齢	歳	ヶ月	避妊/去勢の有無	済 ・ 未 (手術実施： 年 月)
	(生年月日： 年 月 日)			

主訴			
紹介目的	当院での当面の治療 希望 ・ 不要		

現在の投薬内容：

ステロイド投与歴（投与時期、期間と用量、投薬に対する反応について記載して下さい）：

症状および経過（初診時の様子、治療経過中の状態、投薬歴とその反応も含め出来るだけ詳細に記載して下さい。血液検査のデータや画像診断の結果なども添付して下さい。スペースが不足する場合は別紙記入のうえ添付して下さい）

※ 必ず事前に電話予約（083-933-5931）をお願い致します。