



病院様用紹介フォーム

紹介病院名		担当獣医師	
病院住所	〒		
病院電話番号			
フリガナ			
飼い主氏名			
ペット名			
動物種	犬	猫	品種
年齢		生年月日	西暦 年 月 日
性別	オス	メス	去勢 避妊
ワクチン接種歴	種類		最終接種日
主訴			
治療経過			
使用中の薬剤 薬剤アレルギー等	点眼薬、内服薬、その他		
紹介理由 例 セカンドオピニオン 手術希望 等			
		記入日	年 月 日

FAX 03-5378-1015 までお送りください。

ご紹介の際は**院長の在院をお電話で確認のうえ**ご来院いただくようお願いいたします。

なお、眼科初診の際は検査に時間がかかる場合がございますので、**午前は11時まで午後18時まで**にお入りいただくようお願い下さい。