



■ 貴院について

病院名:

担当獣医師名:

住所: 〒

TEL:

FAX:

E-mail:

■ 患者情報

飼い主名:

動物名:

動物種: 犬 猫

品種:

年齢:

性別:

■ 主訴

■ 病歴と現症

■ 現在の治療内容

■ 既往歴

■ 診療内容に関するご希望

- セカンドオピニオン 診断まで 治療方針が確定するまで
 治療が終了するまで 飼い主様に一任 貴院休診日の救急対応のみ

■ 報告書送付方法

- FAX 郵送 E-mail

* 各種検査結果やデータがある場合は別途添付あるいはご持参下さい。