

紹介状・診療情報提供書

年 月 日

予約診療科	予約日時	年 月 日 () 時 分
紹介目的		

※登録情報は記入漏れがないようご記入ください

登録情報	フリガナ 患者名			動物種	犬 ・ 猫		
	生年月日(西暦)	年 月 日 (歳 ヶ月)		種類			
	飼育環境	室内 ・ 屋外 ・ どちらも		性別	オス・去勢オス・メス・避妊メス		
	食事内容			同居動物	いる・いない・不明		
	アレルギー有無	無 ・ 有 () ・ 不明		種類・頭数など			
	輸血歴	無 ・ 有 (時期・回数・理由等:)			不明		
	犬	ワクチン接種	している ・ していない(理由:) ・ 不明				
			狂犬病 ・ 混合 (種) ・ その他 ()				
			最終の接種日	年 月 日	副反応歴	有 ・ 無	
		フィラリア予防	している ・ していない(理由:) ・ 不明				
			最終投与年月:	年 月	商品名		
		ノミダニ予防	している ・ していない(理由:) ・ 不明				
	最終投与年月		年 月				
	種類		市販 ・ 動物病院で購入		商品名		
	猫	ワクチン接種	している ・ していない(理由:) ・ 不明				
混合 (種) ・ その他 ()							
最終の接種日			年 月 日	副反応歴	有 ・ 無		
白血病 (FeLV) エイズ(FIV) 検査		白血病	陰性 ・ 陽性 ・ 未検査				
		エイズ	陰性 ・ 陽性 ・ 未検査				
		検査日					
ノミダニ予防		している ・ していない(理由:) ・ 不明					
		最終投与年月	年 月				
	種類	市販 ・ 動物病院で購入		商品名			

注意事項 ※必ずお読みください

・他の患者様に移るような感染症を罹患している場合、事前に電話口にてお知らせください。
 また、罹患している感染症を2枚目以降の疑われる感染症枠にご記入をお願いいたします。
 ・現在ノミダニに罹患している、予防をしたことがない場合、事前に薬の塗布をお願いいたします。
 場合によっては、診察や手術等お受けできない場合があります。

日本獣医生命科学大学附属動物医療センター

FAX:0422-34-8210

e-mail : iryocenter@nvl.u.ac.jp

紹介状・診療情報提供書(2枚目)

年 月 日

患者名	
-----	--

病状経過 検査所見 治療経過	
現在の処方	
疑われる感染症	
備考	

※報告書をFAX又は
e-mailにてお送りしま
す。
どちらかを必ずご記入
ください。

病院名	
住所	
TEL	
FAX	
e-mail	
担当獣医師	
休診日	

日本獣医生命科学大学付属動物医療センター

FAX:0422-34-8210

e-mail : iryocenter@nvl.u.ac.jp

紹介状・診療情報提供書(3枚目)

※病状経過等追加記載が必要な場合はこちらをご使用ください。

年 月 日

患者名

病状経過
検査所見
治療経過