

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<br>患者名 |                                 |               | 動物種           |         |         |  |
|      | 生年月日(西暦)    | 年 月 日( 歳 ヶ月)                    |               | 種類            |         |         |  |
|      | 飼育環境        |                                 |               | 性別            |         |         |  |
|      | 食事内容        |                                 |               | 同居動物          |         |         |  |
|      | アレルギー有無     | 有の場合<br>その内容 ( )                |               | 種類・頭数など       |         |         |  |
|      | 輸血歴         | 有の場合(時期・回数・理由等: )               |               |               |         |         |  |
|      | 犬           | ワクチン接種                          | していない場合理由 ( ) |               | 混合 ( 種) | その他 ( ) |  |
|      |             |                                 | 最終の接種日        | 年 月 日         | 副反応歴    |         |  |
|      |             |                                 | フィラリア予防       | していない場合理由 ( ) |         |         |  |
|      |             | ノミダニ予防                          | 最終投与年月        | 年 月           | 商品名     |         |  |
| 猫    | ワクチン接種      | していない場合理由 ( )                   |               | 混合 ( 種)       | その他 ( ) |         |  |
|      |             | 最終の接種日                          | 年 月 日         | 副反応歴          |         |         |  |
|      |             | 白血病<br>(FeLV)<br>エイズ(FIV)<br>検査 | 白血病           |               |         |         |  |
|      |             | エイズ                             |               |               |         |         |  |
|      |             | 検査日                             |               |               |         |         |  |
|      | ノミダニ予防      | 最終投与年月                          | 年 月           | 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(2枚目)

年 月 日

|     |   |
|-----|---|
| 患者名 | 0 |
|-----|---|

|                      |  |
|----------------------|--|
| 病状経過<br>検査所見<br>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。

FAX若しくは e-mail  
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(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 | 0 |
|-----|---|

病状経過  
検査所見  
治療経過