

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				
	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 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	済・未	していない場合理由 ()					
			種 類	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	種 類	していない場合理由 ()					
			最終投与年月:		年 月	商品名			
			している・していない						
	ノミダニ予防	最終投与年月		年 月					
		種類				商品名			
		猫	ワクチン接種	済・未	していない場合理由 ()				
				種 類	混合 (種)	その他 ()			
	最終の接種日			年 月 日	副反応歴				
	白血病 (FeLV) エイズ(FIV) 検査		白血病	+ ・ -					
			エイズ	+ ・ -					
			検査日						
ノミダニ予防	している・していない								
	最終投与年月		年 月						
	種類				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	
-----	--

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。

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	
-----------------------------------	--