

紹介状

〒721-0971 広島県福山市引野町5-12-5

動物医療センター・ALOHA

TEL：084-983-0232 FAX：084-983-0236

メールアドレス：asoahp2@gmail.com

ご依頼日： 年 月 日

病院名： 担当医名： 先生

・患者様情報

ペット名： 飼い主様氏名：

動物種：犬 猫 種類： 体重： kg

性別：♂ ♀ 避妊去勢あり・なし 生年月日： 年 月 日 (歳)

飼い主様ご連絡先：住所 〒

TEL：() - 携帯：() -

・現在の症状：

・これまでの経過・治療・投薬歴：

・ご依頼内容：(内容をお書き下さい。ご希望の検査で該当する場合はチェックもお願い致します)

- ☐ CT検査 ☐ 内視鏡検査 ☐ 超音波検査(腹部・心臓) ☐ 歯科処置
☐ 膀胱鏡検査 ☐ 鼻腔鏡検査 ☐ 腹腔鏡下生検 ☐ 気管支鏡検査
☐ 透析 ☐ スtent(気管・尿道・尿管) ☐ 血液検査() ☐ その他
☐ 専門診療 呼吸器外科(気管虚脱、喉頭麻痺、短頭種 気道症候群、その他)(末松先生)
TPLO(是枝先生) 歯科(樋口先生) 軟部外科(藤田先生) 腎泌尿器科(麻生院長)
皮膚科(関口先生) 腫瘍内科(原田先生) 循環器内科(佐藤先生)

・添付資料

- ☐ 血液検査 ☐ 心電図検査(要返却・返却不要) ☐ X線フィルム 枚(要返却・返却不要)
☐ スライドグラス(血液塗沫・細胞診 要返却・返却不要)
☐ メールにてデータ送付(血液検査・X線検査・超音波検査・心電図・写真)

・ご希望日・曜日

第1希望： 第2希望： 第3希望：

・日程相談の連絡：

主治医の先生からはFAX送付後、お電話でのご連絡をお願い致します。お電話でのご連絡は、直接飼い主様からでも大丈夫です。
※日程に関しましては、他の検査や手術の予定によってはご希望に添えない場合がございます。緊急、お急ぎの場合はお電話にてご相談ください。