

呼吸器・循環器センターへのご紹介

この度はご紹介いただきありがとうございます。
わかる範囲で構いませんので下記へのご記入お願い致します

年 月 日

ご紹介動物病院名 _____

ご紹介獣医師名 _____ お電話番号 _____

メールアドレス（検査後のデータをお送りいたしますのでご記入お願い致します）

_____ @ _____

症例について（犬・猫）

オーナー様のお名前 _____ ペット名 _____

オーナー様のお電話番号 _____ ご希望の診察日 _____ 月 _____ 日

* ご希望の来院日はオーナー様から当院に直接お電話で予約いただいても構いません

品種 _____ 体重 _____ kg 年齢 _____ 歳 性別 M C F S

現在の症状（○を付けてください：分かる範囲で結構です）

鼻汁 (Yes No) スターター (Yes No) ストライダー (Yes No)

レッチング (Yes No) 咳嗽 (Yes No) Goose honking (Yes No)

努力呼吸 (Yes No) チアノーゼ (Yes No) 心疾患 (Yes No)

その他（臨床経過）：

疑われる疾患やこれまでの治療内容など

ご記入いただきありがとうございました。下記に FAX していただければ幸いです。

AMC 末松どうぶつ病院 呼吸器・循環器センター

FAX 0973-22-1090 TEL 0973-23-8090

877-0011 大分県日田市中城町 3-52