

# 紹介状（外部依頼用）

..... 病院 20 ( )年 月 日  
..... 様



えじま動物病院／眼科ケアセンター

〒187-0032

東京都小平市小川町2-1344-2

TEL: 042-349-7661

FAX: 042-349-7662

担当獣医師名: .....

飼主名: ..... ペット名: ..... 品 種: .....

誕生日: 19 ( S )年 月 日 ( 歳)  
20 ( H )

性 別: ..... 体 重: .....

紹介の目的: ..... 検査・診断 ..... 治療方針 ..... 治療 ..... 手術 ..... その他 .....

本病歴: .....

副病歴: .....

病状・治療などの経過: .....

その他: .....

必要がある場合には、別紙に記載しております。

The Active Care (予防医療)を大切にしています・・・えじま動物病院／眼科ケアセンター